POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA, DOC. DRA BEDNARSKIEGO WE LWOWIE, PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DOC. DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE, DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA PILTZA, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DOC. DRA SZULISŁAWSKIEGO WE LWOWIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Luty — ROCZNIK PIĄTY — 1903.

I. PRACE ORYGINALNE.

Ze szpitala powszechnego w Kołomyi.

Dwa przypadki wgłobienia gałki ocznej pochodzenia urazowego (Enophthalmus traumaticus).

Podał

DR STEFAN BOLESŁAW ŁUNIEWSKI.

Jakkolwiek ogólnie przyjęto, że przypadki wgłobienia gałki ocznej urazowe są rzadkie, nie sądzę, aby rzeczywiście tak było, a to z tego względu, że zbyt mała tylko część takich wypadków dostaje się pod obserwacyę specyalistów lub kliniczną, a z pewnością połowa lub większa część ginie, nie spostrzeżona wśród lekarzy prowincyonalnych, leczących jedynie objawy pierwotnie doznanego obrażenia okolicy oka.

Wnioskuję to stąd, że, gdybym nie miał oddanych wszystkich chorych ocznych w tutejszym szpitalu powszechnym, przypadki te z pewnością uszłyby uwagi choćby najbardziej wykształconego i wytrawnego lekarza internisty, chirurga lub ginekologa.

Widząc zaś, że każdy przyczynek do kazuistyki tego cierpienia jest ważny także ze względu na wyjaśnienie jego

patogenezy, poczuwam się do obowiązku podać opis dwóch przypadków, z których każdy ma bardzo charakterystyczne znamiona.

Przypadek I.

Wasyl Tulika, lat 22, wyrobnik, został dn. 25 maja 1902 uderzony w bójce parasolem w okolicę oka lewego. Z powodu bardzo silnego obrzmienia i bólu zgłosił się na trzeci dzień do szpitala, gdzie został przyjęty.

Stan ówczesny był następujący: Cała okolica oka lewego zasiniona, obie powieki bardzo silnie obrzmiałe i krwią podbiegnięte. Na zewnętrznej części łuku brwiowego skośnie ku wewnątrz i dołowi znajduje się 7—8 mm. długa powierzchowna ranka, o brzegach nierównych, nie dochodząca nawet do mięśnia okrężnego. Z pomiędzy powiek najwięcej w kąciku wewnętrznym wystaje wał chemotycznie obrzmiałej spojówki gałkowej, pokryty zeschłą wydzieliną śluzową. Przy dotykaniu nie można nigdzie znaleźć jakiegokolwiek uszkodzenia kości i jedynie chory uskarża się na lekki ból przy ucisku na nerw nadoczodołowy, jak również na silniejszy przy ucisku na samą gałkę.

Po obmyciu i usunięciu wydzieliny, rozwarłem za pomocą rozwórek powieki, przyczem spostrzegłem znaczny trzeszcz *(exophthalmus)* całej gałki, dalej spojówkę gałkową w całości chemotycznie obrzmiałą bardzo silnie krwią podbiegniętą *(ecchymosis)*.

Rogówka w górnej połowie zmętniała, z więcej wysyconym białym punktem w zewnętrznym górnym odcinku. Przy oglądaniu lupą widać, że zmętnienie to leży w głębokich warstwach rogówki, a od tego zmętnienia rozchodzą się w rozmaitych kierunkach pasemkowate zaćmienia.

Przez dolną przezroczystą część rogówki widać w przedniej komórce, prawidłowo głębokiej, 1 mm. wysokie hyphaema; źrenica wązka, na światło bardzo leniwie oddziaływa. Wlo $= \frac{1}{\infty}$ lok. niepewna; ruchy gałki zniesione, napięcie zdaje się prawidłowe, badanie jednak z powodu obrzęku i bolesności gałki utrudnione.

Leczenie: Na rankę jodoform, do worka spojówkowego

Atrop. i Ung. xerof., na całą okolicę oka przymoczki z Aqua saturnina.

Ponieważ dalsza historya choroby jest także zajmującą, pozwolę ją sobie w całości przytoczyć.

Obrzęk schodził nadzwyczaj powoli, tak, że po 8 dniach górna powieka była jeszcze dość znacznie obrzmiałą. Obrzęk spojówki gałkowej *(chemosis)* ustąpił, wybroczyny podspojówkowe przybrały barwę zielonkawo-brunatną, zmętnienie rogówki objęło prawie całą powierzchnię. Ruchy gałki zupełnie zniesione, bolesność przy ucisku nieznaczna, trzeszcz bardzo nieznaczny.

12. VI. Ranka skórna zgojona, obrzęk powiek ustąpił, powieka górna opadnięta *(ptosis)*. Po odchyleniu powiek, gałka w położeniu prawidłowem, rogówka od brzegów się wyjaśnia, tęczówki ani źrenicy nie widać. Ruchy gałki od góry, dołu i zewnątrz zniesione, lekkie tylko wychylenie ku wewnątrz przy bardzo wytężonem patrzeniu chorego okiem zdrowem na zewnątrz.

20. VI. Opadnięcie powieki się utrzymuje. Gałka w całości jakby pomniejszona, dopiero przy dokładniejszem badaniu spostrzega się, że wielkość jej prawidłowa, tylko, że cała gałka leży głębiej w oczodole (jest to 26 dzień choroby). Oko prawie blade, rogówka do połowy wyjaśniona. Ruchy gałki w trzech kierunkach zniesione, ku wewnątrz więcej wydatniejsze.

23. VI. Chory jest w stanie przy wytężonych usiłowaniach unieść nieco powiekę górną, zresztą stan jak poprzednio.

26. VI. Chory może unieść powiekę na 3—4 mm., ruchomość gałki ku wewnątrz lepsza.

W dniu wyjścia I. VII. stan następujący: Skóra powiek prawidłowa, w miejscu ranki lekkie zgrubienie, zresztą obmacywaniem nic nieprawidłowego wybadać nie można. Opadnięcie powieki znaczne, wysokość szpary powiekowej wynosi 6 mm. Całe oko leży głębiej w oczodole na 4—5 mm. od zdrowego. Oko blade, rogówka w środku i górą zewnątrz jeszcze zmętniona, źrenicy dokładnie nie widać. Ruchy gałki w trzech kierunkach zniesione na zewnątrz upośledzone, brzeg bowiem rogówki nie dochodzi do miąska na 2 mm. T = n. Siła wzroku

ograniczoną tylko do poczucia światła, wobec czego dalszego badania jak podwójne widzenie, pole widzenia, nie uskuteczniono.

P r z y p a d e k II.

Semen Ilków, l. 23, parobek, uderzony w dniu 21. VII. 1902 kopytem końskiem w prawą połowę twarzy. Z powodu ciężkiego zranienia został dn. 22. VII. do szpitala przyjęty.

Stan obecny: Cała prawa strona twarzy pokryta skrzepami krwi, obrzękła. Po obmyciu widać dwie duże rany, schodzące się 5 mm. poniżej kącika wewnętrznego, o brzegach nierównych, poszarpanych. Rana dolna biegnie skośnie od stawu żuchwowego ku górze aż prawie do połowy nosa, górna poziomo na 2 palce od górnego przyczepu małżowiny ku kącikowi wewnętrznemu, gdzie łączy się z raną skośną, co razem tworzy płat skórno-mięśniowy skurczony, wskutek czego powstaje dość duży ubytek tkanek w okolicy woreczka łzowego. Powieki podbiegnięte krwawo, silnie obrzmiałe, tak, że ich w żaden sposób otworzyć nie można. Obmacywaniem stwierdzić można złamanie wyrostka jarzmowego *(processus zygomaticus)* w miejscu jego zrostu z kością jarzmową, zresztą kości brzegu oczodołu nigdzie nie naruszone.

Po bardzo dokładnem oczyszczeniu ran założyłem kilka szwów ściągających, opatrunek antyseptyczny i okład na całą połowę twarzy z Liq. pl. Na drugi dzień rany zaczęły ropieć i trzeba było niektóre szwy powyjmować.

Dalszy opis choroby pomijam, dodam tylko, że w piątym dniu, gdy obrzęk powiek się zmniejszył, rozwarłem je za pomocą elewatorów i przekonałem się, że oprócz podbiegnięcia podspojówkowego i lekkiego obrzmienia spojówki gałkowej, oko w całości utrzymane, dość dobrze we wszystkich kierunkach ruchome, źrenica tylko na 6 mm. szeroka na światło prawie nie oddziałująca.

W 2 tygodnie obrzęk o tyle się zmniejszył, że chory mógł już sam powieki na jakie 3—4 mm. otworzyć, przyczem podawał, że okiem prawem widzi z blizka znacznie gorzej od lewego.

Dokładne badanie przeprowadziłem dopiero w dniu wyjścia 18. VIII. i znalazłem, co następuje:

Rany w większej części zgojone, w okolicy woreczka łzowego silne granulacye. Przy obmacywaniu oprócz wybitnego zgrubienia *(callus)* w miejscu złamania. nigdzie brzegi oczodołu nie naruszone i nie zmienione. Powieka dolna w części bliższej kącika wewnętrznego lekko odchylona, górna opadnięta i jakby w głąb wciągnięta, szpara powiekowa o 3 mm. niższa od lewej. Ruchy gałki we wszystkich kierunkach prawidłowe, żadnego dwuwidzenia. Oko blade, rogówka i tęczówka prawidłowe, źrenica na 6 mm. szeroka, nieznacznie tylko oddziałuje na światło.

Vpo = $^5/_{20}$; $^5/_6$ n. c. Hpm. 1,25 D; J. 3 + 5 D: 23 ctm.

lo = $^5/_{6-5}$ Hpm 0,5 D; J. 2 : 14—47 ctm.

Ophth. Dno bez zmian. T = n.

Już przy oglądaniu uderza wpadnięcie całej gałki, co można było zupełnie dokładnie zmierzyć za pomocą małej ważki starannie zrównoważonej.

Wgłobienie gałki wynosiło 4 mm.

Z opisu tych dwóch przypadków widać, że mieliśmy do czynienia z typowemi wgłobieniami gałki urazowego pochodzenia *(enophthalmus traumaticus)*, w których główne znamiona, t. j. wpadnięcie gałki i opadnięcie powieki górnej, były wspólne, reszta zaś objawów różniła się wybitnie między sobą. Pierwotną, podstawową przyczyną był uraz i ten w jednym przypadku wywołał lekkie, w drugim ciężkie uszkodzenie okolicy oka, a ponieważ skutek był jednakowy, dlatego też sądzę, że i następowa przyczyna była różną. Następową nazywam jedną z tych rozmaitych przyczyn, któremi autorzy, jak Beer [1], Schapringer [2], Gessner [3], Purtscher [4], Röhmer [5], Lang [6], Makłakow [7] i wielu innych, starali się wyjaśnić genezę *enophthalmus traum.*

Przedewszystkiem jednak zauważyłem, że podobnie, jak przy złamaniach, tak i tu należałoby podzielić wgłobienia na powikłane i na niepowikłane *(Enophthal. traum. complicatus et E. t. sine complicatione)*, to znaczy, że za powikłane

trzebaby uważać wszystkie te przypadki, w których wskutek urazu przyszło do złamań, ubytków w ścianach, a tem samem do powiększenia objętości oczodołu, a za niepowikłane te, w których uraz nie wywołał żadnego uszkodzenia w układzie kostnym. Jeżeli zrobimy taki podział, łatwiej nam będzie wytłómaczyć sobie powstanie wgłobień, przyjmując dwie następowe, pośrednie przyczyny: 1. mechaniczną, 2. nerwową.

Co do pierwszej: przyczyną mechaniczną wywołane są wszystkie te przypadki — przeważnie powikłane, choć także i niepowikłane, — w których uraz wywołał powiększenie się objętości jamy oczodołowej lub zmniejszenie zawartości oczodołu. Drugą zaś przyczyną nerwową wywołane są jedynie tylko przypadki niepowikłane.

W ten sposób można teraz łatwo objaśnić sobie powyżej opisane przypadki, a więc:

W pierwszym wskutek urazu na górny brzeg oczodołu i na gałkę samą przyszło do obfitego wylewu krwi w tkankę tłuszczową, otaczającą gałkę, a tem samem do jej częściowego zmiażdżenia; stąd silny trzeszcz, który dość długo się utrzymywał z powodu utrudnionej resorbcyi skrzepów.

Ostatecznym wynikiem było zmniejszenie się zawartości oczodołu wskutek zbliznowacenia i ściągnięcia się tkanek; blizny te pociągnęły i unieruchomiły do pewnego stopnia gałkę.

Nie trzeba jednak zapominać, że takie blizny są w stanie następczo przez swój ciągły ucisk wywołać porażenie włókien nerwowych, lecz tego nie należy mięszać z przyczyną drugą, — nerwową, która niechybnie wywołała nam objawy w przypadku drugim.

Najlepsze tłómaczenie tej właśnie drugiej przyczyny można znaleźć w pracy, — a w niej przedstawionej hypotezie, — A. Makłakowa *(l. c.)*, który przypuszcza obwodowe uszkodzenie nerwu współczulnego i to w miejscu tuż poza splotem rzęskowym *(gangl. ciliare)* w odległości mniej więcej 4 mm. przed *foramen optic.*

Tutaj bowiem obok siebie leżą następujące nerwy: od góry górna gałązka nerwu okoruchowego, nieco na zewnątrz

i dół gałązki nerwu współczulnego, nieco dalej ku dołowi i zewnątrz nerw odwodzący *(n. abducens)*, wreszcie na dole dolna gałąź nerwu okoruchowego z wypustkami do splotu rzęskowego. W środku tych nerwów przebiega tętnica oczna, a tuż niedaleko znajduje się nerw noso-rzęskowy *(n. nasociliaris)*, odchodzący od gałązki ocznej nerwu trójdzielnego.

Otóż Makłakow przyjmuje, że wskutek urazu przychodzi do pęknięcia i wylewu krwi z tętnicy ocznej właśnie w tem miejscu, gdzie ona leży wśród tych rozmaitych nerwów, wskutek czego te ostatnie nietylko uciśnięte, ale i zmiażdżone być mogą.

Tłómaczenie to zupełnie jasne daje nam możność objaśnienia sobie wszystkich objawów wgłobienia, jedynie tylko owe pęknięcie tętnicy ocznej i z niej następowy krwotok jako w tych wypadkach, według Makłakowa, konieczny, należy poddać pewnej wątpliwości i raczej przyjąć następujące tłómaczenie:

Wskutek urazu na okolicę oka (jak w przypadku drugim na kość jarzmową i szczękową górną) przychodzi do bardzo silnego wstrząśnienia całej zawartości oczodołu, do ugniecenia lub naciągnięcia, do naderwania rozmaitych znajdujących się poza gałką gałązek nerwowych, do silnego wstrząsu całego splotu rzęskowego jako też i licznych drobnych naczyń krwionośnych. Naturalnie, że uszkodzenie to może być jeszcze wzmożone przez pośredni ucisk, wywołany drobnemi wynaczynieniami bądź w pochewki nerwowe, bądź też n. p. w samym splocie rzęskowym. Od siły uszkodzenia w tem miejscu, które podaje Makłakow, zależeć teraz będzie natężenie wszystkich objawów, towarzyszących wywołanemu wgłobieniu.

Że najważniejszem jest jednak wskutek wstrząsu uszkodzenie nerwu współczulnego, nie ulega wątpliwości. Wiadomo bowiem, że przecięcie części szyjnej, jak np. podejmowane zabiegi wycinania splotów szyjnych przy leczeniu padaczki (Jaboulay [8]) lub jaskry (Jonnesco [9], Bichat [10]) zawsze wywołały wgłobienie gałki przez porażenie mięśni gładkich, które otaczają torebkę Tenon'a, t. zw. Müller'a, zwężenie szpary powiekowej przez porażenie mięśni powiekowych, zwę-

żenie źrenicy, obniżenie ucisku śródocznego, rozszerzenie naczyń na twarzy po stronie operowanej i podniesienie ciepłoty ciała. Objawy te, z wyjątkiem opadnięcia powieki, zwężenia źrenicy i wgłobienia gałki, po kilku dniach ustąpiły.

Porównując te objawy z objawami *enophthalm. traumat.*, trzeba przyjąć wraz z innymi autorami, jak Schapringer, Röhmer, Makłakow, uszkodzenie nerwu współczulnego za czynnik wywołujący wgłobienie gałki urazowej, tylko z tym dodatkiem, że uszkodzenie to jest zupełnie innego rodzaju, aniżeli przy wycinaniu całych części, a także, że oprócz uszkodzenia nerwu współczulnego przychodzi równocześnie do uszkodzenia i innych nerwów, jak nerwu okoruchowego, odwodzącego i noso-rzęskowego, które mniej lub więcej uszkodzone wraz z porażeniem nerwu współczulnego wywołują rozmaity obraz *enophthalmus traumaticus*.

W opisie przebiegu operacyi, wykonanej przez Darier'a [11] w celu usunięcia wgłobienia za pomocą przecięcia mięśni prostych, mamy dowód, że siedlisko urazu musi się znajdować poza gałką; podczas operacyi bowiem ani hakiem, ani palcem zachodząc aż poza równik, nigdzie żadnych zrostów nie mógł wyśledzić.

Dokładnie atoli miejsca, którego uszkodzenie wywołuje objawy wgłobienia, oznaczyć bez doświadczeń nie można. Niestety, jak twierdzi Makłakow, ani na trupie, ani na żywych zwierzętach z powodu utrudnionego dostępu do miejsca mniej więcej przez siebie zaznaczonego, takich doświadczeń i badań przeprowadzić nie podobna.

Pozostaje więc przyjąć, że leży między gałką a otworem ocznym, najprawdopodobniej w okolicy splotu rzęskowego.

Bistis [12] w tłómaczeniu swojego przypadku, który jest nieco podobny do mojego drugiego, w którym objawów krwotoku pozagałkowego nie było, przyjmuje jeszcze możliwość zwrotnego zadziałania na włókna nerwu współczulnego przez podrażniony urazem nerw nadoczodołowy, popierając to przypadkiem Björslöma, w którym miał wystąpić *enophthalmus* przy nerwobólu nerwu trójdzielnego. Tłómaczenie może zanadto wy-

szukane, gdyż i w tym przypadku można sobie wgłobienie wyjaśnić bardzo drobnemi wybroczynkami w pochewki nerwowe lub też tuż około nerwów w miejscu poza gałką, wyżej wymienionem, tem więcej, że przypadek dotyczył człowieka starszego, u którego wskutek kruchości ścianek naczyniowych łatwo mogło przyjść do wynaczynień.

Podobnie i w moim przypadku krwotoku śródoczodołowego nie było, a przecie objawy, jak rozszerzenie źrenicy i upośledzenie akomodacyi, przemawiają za tem, że siedlisko uszkodzenia tak nerwu współczulnego jak i nerwu okoruchowego musiało być poza gałką i to tam, gdzie nerwy te bardzo blizko siebie leżą.

Jaki był dalszy przebieg i historya opisanych przypadków, nie udało mi się niestety śledzić, gdyż chorzy, pomimo nakazu, już więcej się nie zgłosili.

Literatura.

1. Beer: Studien über den traumatischen Enophth. Arch. f. Augh. XXV.
2. Schapringer: Beitrag zur Casuistik d. Enophth. traum. Kl. Montbl. f. Augh. XXXI.
3. Gessner: Enophth. traum. Arch. f. Augh. XVIII.
4. Purtscher: Beitrag zur Kenntniss des Enophth. traum. — Arch. f. Augh. XXXVIII.
5. Rohmer: Un cas d'enophth. traum. — Annales d'Ocul. 1890.
6. Lang: Transactions of the Ophthalmol Society IX.
7. A. Makłakow: Über den traum. Enophth. — Ophthalmologische Klinik II Jahrgang. Str. 175.
8. Jaboulay: La section du sympatique cervical dans ses effets sur la vision chez l'homme. Lyon medical 1895.
9. Jonnesco: Ref. w Ophthalmol. Klinik. II Jahrg. Str. 181.
10. Bichat: Ref. w La clinique ophth. 1903. Nr 2.
11. Darier: Ophthalmologische Klinik. 1898. Str. 217.
12. Bistis: Centrbl. f. Augenhl. 1902. III.

Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (retinitis circinata).

Podał

IGNACY STRZEMIŃSKI

(Dokończenie.)

Rokowanie przy zwyrodnieniu pierścieniowatem siatkówki wypływa z poprzedniego. Z wyjątkiem kilku przypadków, które dalszy ich przebieg może zrównać z innymi, następuje skotomat środkowy zupełny i utrata wzroku naośnego z zachowaniem widzenia na obwodzie.

Leczenie może być stosowane przeciw ogólnym przyczynom, wywołującym wynaczynienia, dążyć do wzmocnienia chorego i do szybszego wessania krwawień w siatkówce. Skutek jednak pozostaje słaby, albo żaden.

Miałem możność dotąd spostrzegania tylko 2 przypadków omawianego cierpienia, zależnych od 2 różnych chorób ogólnych. Po ogłoszeniu będą one, o ile wiem, pierwszymi w literaturze polskiej.

I. Pani M. S., lat 63, zjawiła się do mnie dnia 12 maja r. 1897 ze skargą na osłabienie wzroku oka lewego, powiększające się stopniowo od kilku miesięcy.

Badanie podmiotowe oka lewego wykazało skotomat środkowy na przestrzeni 12^0 dokoła punktu ustalenia. W tym obrębie chora liczyła palce na 50 ctm. (V = 0,01). Widzenie obwodowe nie przedstawiało zmian.

Zewnętrzne części oka prawidłowe; źrenica oddziaływała dobrze na światło, akomodacyę i konwergencyę; przednia komórka i ciało szkliste bez zmian, ciśnienie wśródoczne prawidłowe. Oko miarowe.

Środek plamki żółtej zajęty był przez zmętnienie szarawe, o niejasnych brzegach. Dokoła tej przestrzeni szarawej, w odległości od niej na $^1/_2$—$^1/_3$ średnicy tarczy, znajdowały się białe plamki, tworzące pierścień w postaci owalu leżącego, otwarty od góry w środkowej części; w miejscu tem plamek nie było.

Od wewnątrz (w obrazie prostym) plamki układały się w dwa rzędy. Szarawe zmętnienie w dołku środkowym plamy żółtej i białe plamki znajdowały się na równym poziomie z innemi częściami siatkówki. Plamki były mlecznobiałe, okrągłe, małe, nie przewyższające w średnicy grubości wielkich naczyń siatkówki, a niektóre mniejsze. Wszystkie były pozbawione obwódek barwikowych. Naczynia, dokładnie widzialne, przechodziły przed plamkami. Tętnice były cieńsze niż zwykle, dolna skroniowa przedstawiała białe zgrubienie ścian, mniejsze tętnice w obrębie plamki żółtej spiralnie skrzywione. Żyły szersze niż zwykle, w niektórych miejscach, zwłaszcza w obrębie plamki żółtej, były również wężowato pogięte. Zboczenia te naczyń wskazywały na ich miażdżycę. Innych zmian dno oka nie przedstawiało.

W oku prawem mogłem zaznaczyć tylko nieprawidłowość naczyń, podobną do wymienionej w lewem, bez żadnych innych zmian. Oko to, również jak i drugie miarowe, miało siłę wzroku i pole widzenia prawidłowe; z + 4,50 D. czytało najdrobniejszy druk.

Przy badaniu stanu ogólnego zwracała na siebie uwagę miażdżyca naczyń. Tętnice były wężowato wykrzywione, sztywne przy macaniu, z nieprawidłowo małem i powolnem tętnem. Uderzenie końca serca było przesunięte ku dołowi, rozszerzone i wzmocnione, wskazując na rozszerzenie i przerost komórki lewej serca. Ton drugi nad aortą wzmocniony i dźwięczny.

Innych zboczeń powierzchownych, ani też w narządach wewnętrznych nie znaleziono. Kiły chora, jak twierdziła, nie miała; nie przedstawiała też żadnych oznak tego cierpienia, gościec przechodziła dwa razy, lecz już dość dawno; innym ważniejszym chorobom, o ile mogła przypomnieć sobie, nie podlegała. Mocz, wielokrotnie badany, nie wykazywał białka, cukru, ani innych nieprawidłowych części składowych. Ilość kwasu moczowego była zmniejszona, co, w braku innych przyczyn, mogłem przypisać tylko zaburzzeniu przemiany materyi.

Chorej został przepisany jodek sodu i dyeta mleczna.

Przez następne dwa tygodnie, w ciągu których widywa-

łem chorą od czasu do czasu, żadnych zmian nie zauważyłem. Później chora, która mieszkała na wsi, w pewnych przerwach zjawiała się u mnie.

Dnia 17 lipca znalazłem w oku lewem dwie małe wybroczyny krwawe, jasno-czerwone, leżące wzdłuż tętnicy skroniowej dolnej; postać ich podłużna, z brzegami prążkowatymi, wskazywała na umiejscowienie w warstwie włókien nerwowych. U góry, w miejscu, w którem pas białych plamek poprzednio przerywał się, spostrzegało się kilka białych plamek. Plamki w części pierścienia między tarczą i plamą żółtą i od dołu i zewnątrz zaczynały zlewać się ze sobą. Siła wzroku pozostawała bez zmiany.

Dnia 7 września obok poprzednich wybroczyn krwawych widzialne były dwie świeże, podobnież podłużne, wzdłuż żyły skroniowej górnej nad plamkami białemi. Plamki w części wewnętrznej pierścienia i dolno-zewnętrznej zlewały się coraz bardziej.

Dnia 20 lutego r. 1898 w miejscu poprzednich krwawień były bladawe plamki, natomiast cały szereg wynaczynień nowych, również podłużnych, otaczał pierścień białych plamek i krzyżował się z nim, od góry, wewnątrz i dołu. Pierścień od góry był już w zupełności zamknięty przez białe plamki, w części zlewające się. W obrębie wewnętrznym i dolno-zewnętrznym wytworzyły się dwie duże plamy podłużne, o brzegach zazębionych. Szarawe zmętnienie w środku plamy żółtej było wzniesione i wystawało nad poziom siatkówki przeszło 2 D., wykazując odczepienie siatkówki w tem miejscu.

Skotomat środkowy był zupełny, widzenie obwodowe bez zmiany.

Dnia 23 maja 1898 r. wzniesienie zmętnienia szarawego w środku plamy żółtej nie było widzialne; znajdowało się ono znowu na równym poziomie z innemi częściami siatkówki, oznaczając ustąpienie odczepienia. Zmiany tętnic obszerniejsze były i bardziej widoczne, wybroczyny krwawe w większej liczbie, lecz zawsze małe i podłużne, plamki białe wszędzie zlewały się z sobą.

Drugie oko, mimo zmian miażdżycowych, zachowywało wygląd wziernikowy i stan wzroku poprzedni.

Widziałem chorą raz jeszcze (8 lipca) bez możności zaznaczenia jakichbądź zmian w oku. Odczepienie siatkówki nie powtórzyło się. Stan wzroku pozostawał bez zmiany. Dnia 19 sierpnia r. 1898 udar mózgowy, jak później dowiedziałem się, zakończył życie chorej.

II. Drugi przypadek, który spostrzegałem, miał inny przebieg i inne pochodzenie.

Pan M. G., lat 31, urzędnik z bliskiego miasteczka, z wybitnymi objawami białaczki, od pewnego czasu zaczął gorzej widzieć okiem prawem. Dnia 7 maja r. 1899 znalazłem, przy prawidłowych zewnętrznych częściach oka, źrenicy, przedniej komórki, tęczówki i ciała szklistego, następujące zmiany w siatkówce.

Dno oka blado-czerwone, naczynia siatkówki jaśniejsze niż zwykle, żyły w różnych miejscach pogięte i ograniczone białemi liniami, co wszystko, jak wiadomo, dość często spotyka się przy białaczce. Żyła skroniowa dolna była nieco zgrubiała i wężowato pogięta. Środek plamki żółtej przedstawiał zmętnienie szarawe, znajdujące się na równym poziomie z innemi częściami siatkówki. W obrębie rozgałęzienia żyły skroniowej dolnej spostrzegało się liczne wynaczynienia, blado-czerwone, podłużne i okrągłe, lecz wogóle małe, znajdujące się za naczyniami siatkówki. Innych zmian na dnie oka nie znalazłem.

Badanie podmiotowe wykazało skotomat środkowy na przestrzeni 15^{0} dokoła punktu ustalenia, w obrębie którego chory liczył palce na 25 ctm. (V = 0,005). Widzenie obwodowe bez zboczeń.

Oko lewe, nieco niedomiarowe (0,75 D.), jak i drugie, oprócz zabarwienia dna, znamiennego dla białaczki, nie przedstawiało żadnych zmian.

Co do stanu ogólnego zaznaczono bladość skóry i błon śluzowych, znaczne obrzmienie gruczołów chłonnych w tkance łącznej podskórnej (podszczękowych, szyjowych, karkowych,

obojczykowych, łokciowych, pachowych, pachwinowych, podkolanowych), osłabienie tonów serca ze szmerami skurczowymi, silne powiększenie śledziony, umiarkowane wątroby. Badanie krwi wykazało zmniejszenie ilości hemoglobiny i liczby czerwonych krążków, z których część posiadała jądra, powiększenie liczby ciałek białych, przeważnie dużych, i komórek eozynofilowych. Stosunek ciałek białych do krążków czerwonych dochodził do 1 : 20. Były we krwi poikilocyty i komórki bazofilowe. Mocz, oprócz powiększenia ilości kwasu moczowego, nie przedstawiał nic nieprawidłowego.

Chory skarżył się na osłabienie, bóle głowy i duszność. Na białaczkę chorował, o ile można było wnioskować z jego opowiadania, około roku.

Wywiady wskazały, że pochodził z rodziny, w której kilka osób umarło na gruźlicę; w dzieciństwie chorował na zołzy i miał opuchnięte gruczoły szyjne. Przed kilku laty cierpiał przez czas dłuższy na nieżyt przewlekły kiszek. Kiły, jak mówił, nie miał, nie przedstawiał też jej oznak; pijakiem nie był.

Cierpienie oczne przedstawiało się, jako wynaczynienia, wywołane przez białaczkę.

Leczenie zastosowano ogólne (żelazo i arszenik), na oko nałożono opaskę uciskową i zalecono wkraplanie pilokarpiny.

Dnia 24 lipca 1899 roku ujrzałem chorego po raz drugi, uskarżał się on na osłabienie wzroku również w oku drugiem, lewem, trwające od dni kilkunastu.

W oku prawem (które pierwsze zachorowało) znalazłem obok wymienionych wyżej wynaczynień, z których kilka zbladło, nowe wybroczyny krwawe na przestrzeni rozgałęzienia żyły skroniowej górnej. Jednocześnie spostrzegało się pierścień plamek białych, otaczający w pewnej odległości (około $^1/_3$ średnicy tarczy) szarawe zmętnienie w środku plamki żółtej, wymienione wyżej, które pozostawało bez zmiany. Pierścień przerywał się w części dolno-wewnętrznej, w której znajdowało się nieznaczne białawe zmętnienie ze świeżem wynaczynieniem wśród niego. Plamki białe wyglądem i postacią nie różniły się w ni-

czem od opisanych w pierwszym przypadku przy pierwszem badaniu. Skotomat środkowy i widzenie obwodowe jak poprzednio.

W oku lewem, poprzednio zdrowem, znalazłem zmiany, mało różniące się od zaznaczonych w oku prawem. W obrębie rozgałęzień żył skroniowych górnej i dolnej znajdowały się liczne wynaczynienia, podłużne i okrągłe, blado-czerwone. W środku plamki żółtej niewielkie zmętnienie szarawe (mniejsze niż w oku drugiem), dokoła niego pierścień plamek białych bez żadnej przerwy, leżący za naczyniami siatkówki. Plamki białe takież jak w drugiem oku. Innych zboczeń nie było. Skotomat środkowy na 10°, w obrębie którego chory liczył palce na $^1/_2$ metra; widzenie na obwodzie prawidłowe.

Przy badaniu d. 18 sierpnia nie znalazłem różnicy w stanie oczu. Więcej chorego nie widziałem, gdyż zachorował na zapalenie płuc i umarł we wrześniu.

W tym przypadku, podobnie jak u Wecker'a i Kriukowa, wynaczynienia w oku prawem poprzedziły wystąpienie plamek białych.

Przypadek ten jest, o ile wiem, jedynym w literaturze, w którym przy białaczce powstał obraz kliniczny *retinitidis circinatae.*

Miałem tedy w obu przypadkach znamienne zwyrodnienie, czy zapalenie, pierścieniowate siatkówki, nie różniące się od opisanego przez Fuchs'a. W obu obraz chorobowy po pewnym czasie był zupełnie podobny, mimo, że zależał od różnych przyczyn, w pierwszym przypadku od miażdżycy naczyń, w drugim od białaczki. Zestawienie tych przypadków wskazuje, że obraz kliniczny, nazywany *retinitis circinata,* może być skutkiem wynaczynień w siatkówce, bez względu na przyczyny, od których wynaczynienia te pochodzą (przyjmuję, że wynaczynienia są źródłem plamek białych, na podstawie badania Ammann'a). Po większej części krwawienia w siatkówce inaczej się kończą, w niektórych jednak, rzadkich przypadkach, pod wpływem nieznanych przyczyn przechodzą w ogniska stłuszczenia (jak wskazał Ammann), przedstawiające się dla wzier-

nika jako drobne plamki białe. Sądzę przeto, zgodnie z większością autorów, że właściwszą nazwą dla tej sprawy chorobowej jest nie zapalenie, lecz zwyrodnienie.

Literatura.

1. Hutchinson: Ophthalmic Hospital Reports. 1876. VIII. 23.
2. Gałęzowski: Traité iconographique d'ophthalmoscopie. Paris. 1886. Pl. III, fig. 2.
3. Wecker et Masselon: Ophthalmoscopie clinique. Paris. 1891, 2-me éd., p. 230, fig. 41—42.
4. Wecker: Archives d'ophtalmologie, janv. 1894, p. 1. Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris, t. XII, Nr 3, 10 octobre 1899.
5. Fuchs: Archiv für Ophthalmologie. 1893. XXXIX. 3, 229.
6. Goldzieher: Wiener med. Wochenschrift, 1887, Nr 26. — Bericht über die XXV. Versammlung der ophthalm. Gesellschaft zu Heidelberg. 1896, p. 78. — Archiv für Augenheilkunde, 1897, XXXIV. 2, p. 112. — Ungarische medicinische Presse. 25 Jul. und 1. Aug. 1897.
7. Hoor: Zeitschrift für Augenheilkunde, Januar, 1900, p. 26.
8. Ammann: Archiv für Augenheilk., 1897. XXXV. 123.
9. Fischer: Ophthalmolog. Society of the United Kingdom, may 16, 1898.
10. Siergiejewski: Towarzystwo okulist. w Moskwie, posiedz. 19 grudnia 1900. — Medicinskoje Obozrenie, 1902, Nr 5, str. 376.
11. Nuel: Archives d'ophtalmologie, août 1896.
12. Kriukow: Towarzystwo okulist. w Moskwie, posiedzenie 19 grudnia 1900.
13. Holmes Spicer: Ophthalmic Review, 1895, p. 213.
14. Axenfeld: Bericht über die XXV. Versamml. der ophthalm. Gesellsch. zu Heidelb., 1896., p. 94.
15. Friedenberg: Transact. of the Americ. Ophthalm. Society. 33 Annual Meet. 1897, p. 181.
16. Bruner: Annals of Ophthalmology. Vol. VIII, Nr 2. 1889.
17. Peters: Bericht üb. die XXV. Versamml. der ophthalm. Gesellsch. Heidelb., 1896, p. 94.
18. Tamże, str. 83.
19. Weltert: Archiv für Augenheilkunde, 1896. XXXII. 3. 187.

Kilka słów w sprawie opasek ocznych.

Podał
Bolesław Wicherkiewicz.

Uczniowie Graefe'go i jego następców przypomną sobie, z jaką to skrupulatnością zakładano w owych czasach chorym ocznym, zwłaszcza operowanym z powodu zaćmy, opaski. Starano się skrzętnie wedle wskazówek i przykładu mistrza wypełniać całe wklęśnięcie pomiędzy gałką pokrytą powiekami a brzegami oczodołu już to skubanką, misternie w krążki płaskie ułożoną, już to wacikami.

Od tego czasu zapatrywania nasze, a z niemi i sposoby zakładania opaski ocznej zmieniły się niezmiernie. W każdym razie do sposobu zakładania opasek nie przykłada się, częściowo może z wygody lub pośpiechu przy licznym materyale, zbyt wielkiej wagi w codziennej praktyce, a jednak od rodzaju opaski, od samego nieraz założenia wiele, bardzo wiele w przebiegu choroby ocznej zależy. Opaska oczna może mieć trojakie zadanie:

1. zasłony, 2. unieruchomienia gałki, 3. lecznicze.

Ochronę dają oczom powieki; ale chory często nie chce, często nie umie, tam, gdzie potrzeba. z tej ochrony należycie korzystać, a wtenczas opaska zadanie to spełniać powinna. Tu wystarcza pokryć gałkę po zbliżeniu powiek kawałkiem gazy i warstewką waty, którą można albo przymocować kilku zwojami przepaski flanelowej cienkiej lub też lepcem przymocować. Są jednak osoby, które nie znoszą żadnego ucisku, nie dającego się uniknąć przy ostrożnem nawet założeniu opaski. W takich to razach ów krążek gazy przymocowujemy papierem, t. zw. jedwabnym, stosownie przykrojonym (patrz niżej), a przylepionym gumą arabską. Po zmaczaniu opaska taka łatwo bardzo daje się później zdjąć, a ma tę korzyść przed innemi, że chory, leżąc, może swobodnie głową poruszać, podczas, gdy przy opasce zwojowej poruszając głową, przesuwa ją i drażni oko. Również korzystnie można krążek gazy i waty przymocować paskami lepca,

lubo odejmowanie i następowe czyszczenie miejsc lepcem zbrukanych nie jest przyjemnem.

W niektórych razach chodzi nam nie tylko o zasłonę, ale także o wywieranie pewnego ucisku na gałkę, jak np. po operacyach połączonych z otwarciem gałki, po ranach urazowych gałki, po operacyach zezu itd. Opaska tutaj powinna i jednostajny wywierać ucisk i gałkę unieruchomić. W tych to właśnie przypadkach potrzeba istnie sztuki i staranności naszych poprzedników, aby choremu pomódz a nie sprawić przykrości i nie zaszkodzić. Zakładania opaski nie powinno się więc powierzać niedoświadczonym i ciężkim rękom, ale sam operator wprawny lub jego biegły zastępca podjąć się powinien tego bardzo ważnego zadania. Jak często widzimy, że chory, pod opaską, źle nałożoną, niespokojny, narzeka na dolegliwości, jak często widujemy po zdjęciu takiej opaski albo nieprzychodzenie do skutku zlepienia się rany po operacyach zaćmy lub irydektomiach, albo nawet krwotoki do przedniej komórki a *last not least* i glaukomatyczne objawy na oku nieoperowanem, pozostającem pod wspólną zwojową opaską.

Mając zadanie unieruchomienia gałki, powinniśmy starannie po zamknięciu obu ócz wypełnić wklęśnięcie pomiędzy wyniosłością gałki, znaczącą się poprzez powieki, a brzegami kości oczodołowych skubanką waty, wcale nie, albo mało jej tylko kładąc na miejsce wyniosłości rogówkowej, i lekko prowadzonymi zwojami do gałek przytwierdzić. W ten sposób wywrzemy ucisk lekki, lecz równomierny na wszystkie części gałki i zarazem unieruchomimy ją.

Opaska taka może być wskazaną nie tylko po operacyach, ale także w celach leczenia odczepienia siatkówki. — Wiadomo, że Foerster zrobił to spostrzeżenie, iż chory operowany przez niego na kataraktę znacznie lepiej widział i na drugie oko, wskutek odczepienia siatkówki prawie ślepe. Przypisując i leżeniu, a w znacznej części opasce ten nieprzewidziany skutek, zaczął odtąd stale przy odczepieniach siatkówki używać opasek uciskowych i otóż skutek w wielu razach nie zawodził.

Co tu działa? W pierwszej linii zdaniem naszem oczywiście unieruchomienie gałki, zniesienie wszelkich wysiłków akomodacyjnych, przedewszystkiem jednak obniżenie napięcia gałki, co korzystnie wpływa na wessanie wysięku pozasiatkówkowego. Jeżeli to zadanie ma być spełnione, opaska powinna być nieco silniej przyciągniętą, lecz z ochroną oka drugiego, co łatwo osiągamy przez to, iż na oko chore nakładamy więcej waty. Oczywiście zawsze dziać się to powinno w ścisłych granicach i pod kontrolą, by nie spowodować złuszczenia nabłonka rogówkowego wraz z jego następstwami. —

Pod opaskami względnie przepaskami leczniczemi rozumiemy takie, które nie tylko mają oko zasłonić przed wpływem światła i powietrza, ale które równocześnie albo wyłącznie mają oko poddać działaniu pewnych środków, a częściej wyższej temperaturze. I tak, jak to czasu swego po raz pierwszy przedstawiłem wydz. lek. T. P. N. w Poznaniu, używamy *opaski wysuszającej* przy nabrzmieniach powiek i przy wydzielinie spojówkowej. Grubszy krążek waty lub flaneli napawamy rozczynem kwasu garbnikowego w glicerynie (10 na 100), a pokrywszy to większym krążkiem gumowego papieru, przytwierdzamy przepaską.

W innych razach użyć chcemy wilgotnego ciepła i w tym celu zamiast gliceryno-tanniny używamy ciepłego rozczynu kwasu borowego, sublimatu itd. Opaskę taką zmienia się co kilka godzin, a jeżeli cierpienie oka połączone z wydzieliną obfitą, częściej, w innych razach pozostawiamy przez całe 24 godzin. Nie wysychając, nie drażni ona oka.

Zamiast zwojami flanelowymi, gazowymi i t. d., można zresztą tak w poprzednim, jak i w tym przypadku krążek napojony środkiem leczniczym i pokryty materyą nieprzemakalną przymocować albo pasem jedwabnym, lub z innej materyi, albo nawet, co nieraz choremu jest milszem, owym papierem Wolffberg'a, przylepiającym się za pomocą gumy. —

To, co powyżej poruszyliśmy, dotyczy opasek w ogóle, a w szczególności opasek pooperacyjnych. Tu jednak operacye

zaćmy zasługują na wyodrębnienie. To też niechaj mi będzie wolno więcej uwag poświęcić właśnie sprawie opatrywania ócz operowanych na zaćmę. —

Jak wielką rewolucyę przechodzi sposób opatrywania oka po operacyach zaćmy, zaznaczę choć w kilku słowach:

Daviel używał lepca, a potem skubanki i zwojowej opaski, Beer zlepiał powieki pasami podwójnymi lepca, a z czoła zwieszał płatki płócienne na oko. Jednakże już Arlt, ten znakomity technik okulistyczny, przywiązuje do ścisłej opaski wielką wagę dla usunięcia ruchów powiek i dla unieruchomienia gałki. Lubo później Amerykanie, a zwłaszcza Chisolm, Agnew i inni, znowu zwracają się do lepców celem ustalenia powiek, to jednak zaczyna się powoli przejawiać myśl, że najlepiej oko unieruchomić i pozostawić w spoczynku zupełnym kilka dni. Znamiennem pod tym względem było, iż Becker na jednem z posiedzeń tow. okulistycznego w Heidelbergu zaznacza, że nie widzi potrzeby zaglądania do operowanego należycie oka i najlepiej oko operowane pozostawić pod ścisłą opaską przez kilka pierwszych dni. Tejże zasadzie hołduje Hirschberg, Sattler, a ja sam w roku 1886 ogłosiłem się zwolennikiem opaski trwałej, której opis podałem w odnośnym artykule[1]).

A jednak dziś na podstawie najnowszych doświadczeń nie waham się przyznać, że zapatrywania poprzednie musiały ustąpić innym, opartym na spostrzeżeniach klinicznych i doświadczeniach w pracowniach przeprowadzonych.

Od samego jednak początku mej praktyki okulistycznej zważałem na to, by, zakładając klasyczną, że tak powiem, opaskę zwojową, nie wywierać żadnego na oko ucisku, a tylko gałkę możliwie unieruchomić. Pękanie ranki spostrzegałem tylko u chorych niespokojnych, w przypadkach nierówno poprowadzonego cięcia, dostania się kawałka torebki w ranę, albo jeżeli opaska wywierała ucisk.

Wszelkie klatki i maski, jako dotkliwe dla operowanego,

---

[1]) Ctrbl. f. Ahk., p. 353.

nie zyskały nigdy mej sympatyi, gdyż żadnej korzyści z ich zastosowania nie widziałem, chyba wyjątkowo u chorych nierozsądnych lub wprost idyotów. Deliranta oka nie chronią one od przypadłości, bo delirant i nawet żelazną zasłonę zerwie, a łatwiej przytem nią oko sobie skaleczyć może.

Gdy Hjort w r. 1898 [1]) ogłosił postępowanie swe otwarte po operacyach katarakty i do naśladowania tegoż zachęcał, nie umiałem wprawdzie zdobyć się na odwagę, by mych chorych pozostawić bez wszelkiej opaski, ale zrozumiawszy dobrze po wieloletnich dalszych doświadczeniach na tysiącach chorych, że ucisk nawet lekko założonej opaski działa niejednokrotnie niekorzystnie, zmieniłem opaskę zwykłą zwojową na opaskę papierową, i to w ten sposób, że na oko operowane kładłem tylko maleńki krążek gazy pojedyńczo wykrojonej odpowiednio do wielkości powiek i wiotką warstwę waty, poczem oko papierem Wolffberg'a zalepiałem.

Wychodziłem zaś ze założenia, iż w ten sposób, mając coś na powiekach, co choć lekki wywiera ucisk, chory więcej będzie skłonnym do utrzymania ócz przymkniętych. Papier nie tylko spadnięcie waty miał powstrzymać, ale także przystęp silniejszego światła osłabić, a nadto kontrolę nad zachowaniem się chorego ułatwić.

Aby uczynić zadość wymogom aseptyki, sterylizujemy papier przed operacyą, a klej arabski, zaprawiony na odpowiednim rozczynie sublimatowym, gotujemy w epruwetce.

Wyniki, osiągnięte nie tylko przy operacyach, ale w zastosowaniu tej opaski także w wielu chorobach ocznych, były nadspodziewanie korzystne.

Przedewszystkiem u operowanych nie zauważyliśmy już tak często owego pękania ran, dalej daleko już rzadziej pojawiały się późniejsze krwotoki do przedniej komórki. Wszystko to przemawiało za słusznością mojego przypuszczenia, dawno w umyśle powstałego, a często głoszonego, iż to ucisk opaski przypadłości powyżej wymienionych może być sprawcą.

---

[1]) Ctbl. f. p. Ahk. Maj.

Chorzy nasi pod wpływem takiej opaski daleko spokojniej się zachowywali, a daleko prędzej klinikę opuścić mogli. W razie zaś jakiego zapalenia, powodującego łzawienie i wogóle odczynu silniejszego papier zwilża się i daje powód do wcześniejszego zbadania stanu rzeczy, aniżeli to chory, często mało czuły, albo nie umiejący określić, co czuje, sam zwykł powodować. —

Wszystkie okoliczności, składające się na to, by tak zmieniony sposób opatrywania operowanych uważać za znamienny postęp opatrunkowy, zaznaczył, jako nie mniej i rodzaj opaski w swych szczegółach opisał w pięknym artykule, umieszczonym w naszem czasopiśmie pierwszy asystent kliniki doc. dr. K. W. Majewski[1]), — co mnie od powtarzania tych szczegółów jak mniemam zwalnia. — Dok. nast.

II. STRESZCZENIA.

Przegląd czasopism.

Archiv für Augenheilkunde. T. XLVI. Z. 3.

Przyczynki do nauki o zezie (Beiträge zur Lehre vom Schielen). Dr I. van der Hoeve (Ciąg dalszy.).

Przemieszczenie mięśnia ku przodowi opisał pierwszy Jules Guerin. Po przecięciu mięśnia prostego wewnętrznego, przeciągał nitkę po zewnętrznej stronie spojówki gałkowej, a następnie przez silne napięcie tej nitki, którą umocowywał na nosie, przesuwał oko ku nosowi. Graefe zmienił ten zabieg w ten sposób, że nie przecinał mięśnia całkowicie, a jeno tyle, aby módz mięsień przesunąć do brzegu rogówki. Równocześnie przecinał Graefe mięsień przeciwny, a przez jego ścięgno przeszywał nitkę, którą napiąwszy ku środkowi, przymocowywał na nosie.

Critchett przecinał ścięgno ścięgnistego mięśnia, a następnie przeszywał je wraz ze spojówką za pomocą kilku szwów do oddzielonej spojówki w okolicy brzegu rogówkowego, tak, że po ściągnięciu szwów mięsień bywał przyciąganym ku rogówce.

---

[1]) Opatrunek Wolffberg'a po operacyach ocznych. 1899, p. 454 i n.

Aby zapobiedz łatwemu skurczeniu się mięśnia przeciętego, a następnie i trudnemu jego odnalezieniu, umocowywał Schweigger nitką ścięgno mięśnia, mającego być przeciętym, przed jego przecięciem. Inni autorowie zmieniali tę technikę umocowania mięśnia za pomocą podwójnego haczyka i t. p.

W ciągłem udoskonalaniu techniki przemieszczania mięśnia starano się także o zapobieżenie przekręcaniu się gałki. W tym celu używano podwójnych lub potrójnych nitek, które równomiernie naciągane, miały zadanie zwracać oko w kierunku poziomym.

Chcąc przy przeszyciu ścięgna otrzymać jakąś trwalszą podstawę, z którejby się nitki tak łatwo nie zwolniły, przeszywał Guerin końce ścięgna do tkanki twardówkowej. Co do innych mniej ważnych szczegółów, które autor chronologicznie opisuje, musimy interesowanego odesłać do oryginału. To samo tyczy się opisanych przez autora mniej ważnych zabiegów przy operacyi zeza, jak skrócenia mięśnia przez przyczepienie go do miejsca umiejscowienia jego ścięgna, z równoczesnem wycięciem kawałka mięśnia lub ścięgna, lub też bez tego; podspojówkowegoskrócenia mięśnia i t. d. Uzyskanie wyniku pooperacyjnego nie da się jednak ująć w pewien szablon i musi ta ważna rzecz być pozostawioną doświadczeniu każdego operatora.

W drugiej części swej pracy opisuje autor sposób operowania zeza, i to najpierw zwykłego przecięcia mięśnia, używany w klinice jego w Leiden. Posługuje się przytem zawsze metodą Arlta, przyczem wyszukanie mięśnia w głębi tkanki za pomocą szczypczyków jest wprawdzie w początkach trudnem, zarazem jednak jest ono mniej bolesnem, aniżeli ładowanie mięśnia na haczyk sposobem Graefe'go. Prócz tego daje się mięsień przy tym zabiegu o wiele pewniej przeciąć tuż przy samej gałce ocznej, co dla wyniku pooperacyjnego jest rzeczą bardzo ważną. Po operacyi pozostaje opatrunek przez 3 dni na oku. Jeżeli ma być osiągnięty silniejszy skutek pooperacyjny, to nakazuje się choremu w godzinę po operacyi wykonywać okiem nadmierne obroty. Przy tym sposobie nie zauważył nigdy zbytniego uszczuplenia w poruszeniach gałki ocznej, a także i trzeszcz gałki ocznej, jeśli wogóle wystąpił, wahał się zaledwie pomiędzy 0—$1\frac{3}{4}$ mm.

Przy przemieszczaniu mięśnia ku przodowi, t. j. jego skróceniu, przyszywa autor mięsień w miejscu jego prawidłowego umiejscowienia. Metodę tę podał prof. Koster. Postępowanie przy tem jest następujące. Chcąc skrócić mięsień prosty wewnętrzny, robi się cięcie w spojówce. Po schwytaniu ścięgna szczypczykami, robi się tuż pod niem mały otwór w torebce Tenona. Następnie nakłada się ścięgno na haczyk i oddziela się je na jego górnej powierzchni

przy pomocy tępych nożyczek od pokrywającej je błony Tenona. Przez ścięgno tak odkryte przeciąga się od zewnątrz ku wewnątrz podwójną nitkę, i to w ten sposób, że wkłuwa się igłę tak daleko od miejsca umiejscowienia się mięśnia, jak w danym przypadku zachodzi potrzeba, przyczem każdy poszczególny milimetr odpowiada 4°. Obie nitki ściąga się guzem, który do mięśnia przylega po jego stronie zwróconej do twardówki. Obie igły przekłuwa się następnie poza twardówkę, i to symetrycznie w miejscu dawnego umiejscowienia mięśnia, a nitki się wiąże. Równocześnie przecina się w sposób powyżej opisany mięsień prosty zewnętrzny. W końcu zeszywa się obustronnie ranki spojówkowe. Operacya zeza odbywa się zawsze tylko jednostronnie.

W trzeciej części swej pracy podaje Hoeve przegląd wykonanych operacyi zeza na 10 tablicach, tyczących się operacyi, wykonanych w r. 1900—1901. *Dr T. Bałłaban.*

Przyczynek do wiadomości o xeroderma pigmentosum[1]) (Beitrag zur Kenntniss des Xeroderma pigmentosum). Dr C. Velhagen.

Autor opisuje 4 przypadki tej zawsze przez okulistów niedostatecznie jeszcze znanej choroby i przytacza zapatrywania Kaposi'ego, Łukasiewicza, Unny i Neissera co do sposobu jej powstania. Zmiany oczne były zawsze bardzo znamienne, przyczem skóra powiek była pokrytą licznymi guzkami różnej postaci i różnej wielkości. Dalej była rogówka zmętniałą i owrzodziała, a najbardziej ciekawemi były zmiany na spojówce, która była bardzo zmarszczoną i zbliznowaciałą. Na szczególniejsze uwzględnienie zasługuje jeden przypadek autora, w którym na gałce ocznej był umiejscowiony nowotwór wielkości fasoli, który poczynając się o jakie 3 mm. od miąska, sięgał aż do brzegu rogówki. Tego rodzaju guzki przy *xerod. pigm.*, umiejscowione wprost na gałce ocznej, są po dziś dzień rzadkością, gdyż były one opisywane tylko w dwóch przypadkach. A także i sposób powstawania tych guzków na gałce ocznej nie jest jeszcze dotychczas dostatecznie znanym. Z tego też powodu poddał autor guzek ten, po wycięciu go, badaniu drobnowidowemu. Badanie to, przeprowadzone bardzo dokładnie, wykazało, że nowotwór ten nie powstał ze spojówki wskutek bujania jej przybłonków, ani też z torebki Tenona lub z tkanki twardówki. Autor przyjmuje, jako najprawdopodobniejszy jego sposób powstania, powstanie ze znamienia lub też z innego jakiegoś zarodka, co też się często w spojówce spostrzegać daje. Skrawki drobnowidowe nie dają

---

[1]) Por. »Post. Ok.« 1900, str. 471.

dokładnego obrazu, czy nowotwór ten należy uważać za rak, czy też za mięsak, jakkolwiek znajdujące się w nim liczne gniazda przybłonkowe zdają się przemawiać raczej za rakiem.

Dr T. Bałłaban.

O niezwykłej zmianie naczyniówki w następstwie t. zw. ophthalmia nodosa (Ueber eine eigenthümliche Aderhautveränderung nach Ophthalmia nodosa). Dr Reis.

Jako *ophthalmia nodosa* nazwał Sämisch te objawy zapalne, które powstają w następstwie wtargnięcia włosków gąsienicy do worka spojówkowego. Występują one głównie w postaci guzków, umiejscowionych na spojówce, rogówce i tęczówce. Natomiast było dotychczas nieznanem, aby włoski te mogły spowodować zmiany na dnie oka. Podobny przypadek opisuje autor. U chorego okaleczało oko prawe jeszcze w r. 1889 przez rzucenie gąsienicy ku temu oku. Objawy zapalne tego oka trwały z przerwami przez półtrzecia roku, poczem chory został przy ostatniem leczeniu wypuszczony ze szpitala z bystrością wzroku $^{20}/_{200}$. W 10 lat później miał autor sposobność badać u chorego to oko, które wówczas nie wykazywało już żadnych objawów zapalnych, a tylko pozostałości po przebytych kilkurazowych nawrotach. Przy badaniu dna oka wziernikiem (w obrazie odwrotnym) uwydatnił się następujący stan. Około $1^1/_2$krotnego przekroju od dolno-zewnętrznego brzegu tarczy wzrokowej przeciąga przez naczyniówkę ostro odgraniczone i miejscami barwikiem otoczone postronkowate pasemko, ku dołowi dna oka. Na górze, gdzie pasemko to przylega do tarczy wzrokowej, rozdziela się ono pod kątem w postaci Y, przyczem jedna ścianka i to zewnętrzna tego kąta jest krótszą od drugiej. Ku dołowi kończy się ten postronek licznie nagromadzonym, kulisto osiadłym barwikiem. Stąd dalej jeszcze ku dołowi przeciąga szeroko nagromadzony barwik, bez ostrych granic aż ku obwodowi dna oka. Ułożenie naczyń przeciągających ponad tem pasemkiem dowodzi dokładnie, że cała ta zmiana jest umiejscowioną w naczyniówce. — Pomimo tej zmiany bystrość wzroku na tem oku polepszyła się tak, że wynosi obecnie $^{20}/_{50}$ w stosunku do dawnej $^{20}/_{200}$. Pole widzenia wykazuje na barwę białą granice prawidłowe, natomiast daje się wykazać w dolno-zewnętrznym kwadracie względny brak na barwę niebieską. W jednem miejscu dał się nawet wykazać zupełny brak na barwę niebieską, a miejsce to odpowiada mniej więcej okolicy, gdzie się opisane pasemko tuż przy tarczy wzrokowej poczynało.

Różniczkowo mogłoby się może w tym przypadku rozchodzić o pęknięcie naczyniówki, które przedstawiałoby podobny obraz wziernikowy. Ze względu jednak, że jakikolwiek uraz dał się wywiadami

stanowczo wykluczyć, a także położenie, postać i rozciągłość tej zmiany nie odpowiadają zupełnie obrazowi pęknięcia naczyniówki, zdaje się, zdaniem autora, nie podlegać żadnej wątpliwości, że zmiana ta w naczyniówce powstała przez dostanie się włoska gąsienicy w głąb oka, opisane zaś na naczyniówce pasemko wskazuje dokładnie drogę, którą ten włosek przebył. Że włosek taki pozostaje przez długi czas w tkance, do której się przedostał, to udowodnił autor drobnowidowem badaniem guzka, umiejscowionego pod spojówką. Przekroje takiego guzka wykazały pośrodku tkanki łącznej liczne komórki okrągłe ugrupowane tuż obok siebie w postaci ogniska, otoczonego torebką. W środku tego ogniska był widocznym przekrój doskonale utrzymanego włoska, o bezbarwnym rdzeniu i żółtawej korze. Przypadek ten udowadnia, że włoski gąsienicy mogą się przedostać do głębi oka, a tem samem nie należy uważać guzków umiejscowionych w tęczówce przy *ophthalmia nodosa* jako zatory naczyń włoskowatych, jak to H a n k e przyjmuje, lecz jako powstałe wprost z przedostałych się do tkanki tęczówki włosków. *Dr T. Bałłaban.*

O schorzeniu chrząstki i brzegu powiekowego przy jaglicy[1]) (Ueber die Erkrankung des Tarsus und Lidrandes bei Trachom). Dr E. R a e h l m a n n.

Jest rzeczą ogólnie przyjętą, że schorzenie chrząstki przy jaglicy bywa zmianą następową choroby spojówki, a zatem jest ono zmianą wtórorzędną jaglicy. Niezwykła ta okoliczność, że jaglica jest jedyną chorobą spojówki, przy której chorzeje chrząstka i doznaje wskutek blizn głębszych zmiany w swem położeniu, skłoniła autora do bliższego zbadania, czy przy jaglicy schorzenie chrząstki nie bywa niekiedy pierwotnem.

Bliższe zbadanie tej sprawy utwierdziło go wreszcie w przekonaniu, że przy jaglicy chorzeje w wielu przypadkach chrząstka równomiernie z rozwojem tej choroby, przyczem przychodzi do zapalenia chrząstki t. zw. *tarsitis trachomatosa.*

Klinicznie daje się ta zmiana wykazać przedewszystkiem zmianą w wydzielinie gruczołów M e i b o m a, która w stosunkach prawidłowych jest gęstą i przejrzystą. Przy zapaleniu chrząstki natomiast jest wydzielina ta rzadką, zmętniała i bardzo obfitą, tak, że cały worek spojówkowy jest nią przepełniony. Wydziela się ona zaś tem bardziej, im więcej jagieł pojawia się na spojówce powiekowej (chrząstkowej). Z rozwojem jaglicy staje się wydzielina bardziej zbitą i pieni się, a umiejscawia się ona najobficiej w załamku spojówki. Jeszcze jedną bardzo znamienną zmianą kliniczną zapalenia

[1]) Por. Post. Okul. R. 1902, str. 446.

chrząstki przy jaglicy jest przekrwienie brzegu powiekowego około gruczołów Meiboma. Przytem bywa otwór gruczołu Meiboma, który w stosunkach prawidłowych uwydatnia się w postaci małego punkciku, obrzękłym, zaczerwienionym i otoczonym wystającymi brzegami. Wskutek tego grubieje cały brzeg powiekowy bardzo znacznie i powstaje t. zw. *tylosis*.

Skrawki drobnowidowe, które Raehlmann sporządzał z bardzo licznych powiek schorzałych przez jaglicę, uwydatniają także, że choroba ta nie ogranicza się już nawet w pierwszym jej zawiązku na spojówkę, lecz, że równocześnie chorzeje i chrząstka, przyczem bywa naciekłą licznemi drobnemi komórkami okrągłemi. —

Na przekrojach podłużnych załamka i wypukłego brzegu chrząstki znajdujemy liczne duże naczynia, pomiędzy któremi tkanka jest bardzo silnie naciekłą. Gdzieniegdzie komórki te zbite ze sobą w grupki dają zupełnie obraz jagły. W dalej w rozwoju posuniętych przypadkach widzimy w głębi chrząstki powstałe typowe jagły, otoczone twardo naciekłą tkanką, a cała chrząstka jest bardzo znacznie wypełniona komórkami okrągłemi. W tym czasie bywa spojówka grubo zbliznowaciałą, a blizna ta, kurcząc się, powoduje skrzywienie rozmiękłej chrząstki. Następnie zanikają gruczoły chrząstki, a w ich miejsce powstaje blizna. Także i w brzegu powiekowym znajdują się niekiedy znamienne jagły. Równomiernie ze zmianami temi w chrząstce i w brzegu powiekowym, wygina się brzeg powiekowy na wewnątrz, wskutek kurczenia się blizny spojówkowej, i w ten sposób powstaje podwinięcie powieki.

W niektórych przypadkach natomiast, nawet bardzo daleko posuniętej jaglicy nie przychodzi do podwinięcia powiek, a dzieje się to wtedy, gdy chrząstka kurczy się równomiernie z blizną spojówkową, a zatem w tych przypadkach, w których zapalenie chrząstki powoduje jej zanik.

Najbardziej zaś podwija się powieka w tych przypadkach, w których środek chrząstki rozmięka, jej brzegi zaś pozostają twarde. Wtedy zostaje chrząstka najbardziej podgiętą w miejscu jej rozluźnienia przez bliznę spojówkową.

Opisane przez autora zmiany kliniczne i anatomiczne tworzą niejako modłę, wedle której jaglica się rozwija.

Natomiast znajdujemy w licznych przypadkach inne zmiany i różnoraki przebieg chorobowy. Tożsamo nie należy sądzić, jakoby pewnym zmianom klinicznym odpowiadały stale te same zmiany anatomiczne.

Tej to też okoliczności należy, zdaniem autora, przypisać brak jednolitości w badaniach innych autorów nad tym przedmiotem.

Dr T. Bałłaban.

La Clinique ophthalmologique. Nr 1. 1903.

O używaniu adrenaliny w lecznictwie okulistycznem (Sur l'emploi de l'adrenaline en thérapeutique oculaire). Doc. Dr H. Coppez.

Przed kilku laty wprowadzony w lecznictwie okulistycznem wyciąg z nadnercza nie znalazł szerszego zastosowania w praktyce z powodu szybkiego rozkładu, któremu łatwo ulega. Własności tej ujemnej nie posiada adrenalina, główny czynnik składowy wyciągu nadnercza. Adrenalina oddzielona z nadnercza przez Dra Takimine w r. 1901 jest ciałem krystalicznem, łatwo rozpuszczalnem w wodzie. Używamy rozczynu 1 : 1000. Po wprowadzeniu jednej kropli tegoż do worka łzowego, już po paru sekundach oko blednie zupełnie, działanie dochodzi do szczytu w przeciągu dwóch minut i utrzymuje się 1—2 godzin. Adrenalina nie działa na przybłonek rogówki, nie sprowadza mydryazy ani miozy, nie działa na akomodacyę. Działanie uboczne ogólne adrenaliny nie jest jeszcze dokładnie znane. Wstrzyknięta wśródżylnie działa silnie na system mięśniowy, szczególniej na mięśnie w ścianach naczyń, skąd zwężenie naczyń i podwyższenie ucisku krwi. Wedle Reicherta jest odtrutką na opium i morfinę, dodana zaś do kokainy zwiększa anemię i znieczulenie, a zapobiega zapadowi. Wedle Taramasio dawka 2 mil. na 1 klg. wagi u królika nie jest śmiertelną. Śmierć następuje dopiero przy dawce 2 ctg. skutkiem ostrego obrzęku płuc. Można więc śmiało zakropić kilka kropel rozczynu 1 : 1000 do worka spojówkowego lub wstrzyknąć podskórnie 1 kroplę. Adrenalina jako środek zwężający naczynia może przeto znaleźć zastosowanie we wszystkich sprawach chorobowych, w których rozchodzi się o usunięcie przekrwienia na powiekach, w spojówce, w twardówce, tęczówce, jako też i w przewodzie łzowym. Autor próbował, czy adrenalina wstrzyknięta podspojówkowo nie działa na naczynia nerwu wzrokowego, nie doszedł jednak do pewnych wyników. — Używamy więc adrenaliny przy zapaleniu tęczówki w połączeniu z atropiną i kokainą, przy jaskrze z pilokarpiną lub ezeryną, w połączeniu zaś z kokainą przy wszystkich operacyach okulistycznych. Szczególniej przy jaskrze może ułatwić znacznie zabieg operacyjny. Przy zapaleniach tęczówki skraca czas trwania leczenia. Przy zapaleniach woreczka łzowego ułatwia przestrzykiwanie i sondowanie przewodów. — Przepisujemy: *Cocaini mur.* = *0·20. Adrenalini mur. Solut. 1 : 1000*$_{\cdot 0}$ = *2*$_{,0}$. *Aq. dest.* = *8*$_{,00}$. — *A. B.*

O używaniu elektrolizy przy ksantelazma powiek. Wyniki trwałe (Traitement du xanthelasma des paupières par l'electrolyse. Resultats éloignes). Dr Villard i Dr Bosc.

Autorowie używają igiełki podwójnej czyli 2 igiełek równole-

głych, w ten sposób oprawnych, że jedna łączy się z biegunem dodatnim, a druga z biegunem ujemnym. Po wkłuciu igiełek przepuszczają prąd o sile 6—8 miliamperów przez 2—4 minut. Przy mniejszych nowotworach wystarcza jedno wkłucie. Uważać trzeba pilnie, aby i brzegi nowotworu zostały zniszczone. Przy przepuszczaniu prądu powierzchnia ksantelazmy z żółtej staje się zielonawą, nadyma się skutkiem podnoszenia się warstw powierzchownych przez gromadzące się bańki gazu. Ranka pokrywa się kilka razy strupem czarnym, a do zupełnego zabliźnienia się potrzebuje 3—4 tygodni. pozostawiając bliznę delikatną, bladą, prawie niewidoczną. Autorowie operowali w ten sposób 4 przypadki, czas spostrzegania wynosił $^1/_2$—$4^1/_2$ lat. Przy dokładnem stosowaniu elektrolizy następuje zupełne i trwałe wyleczenie ksantelazmy, nadto całkiem zadowalające pod względem kosmetycznym. Do wycięcia należy się uciekać tylko w wyjątkowych przypadkach. *A. B.*

O widzeniu plam barwnych w polu widzenia (Sur la vision de taches colorées dans le champ visuel [Scotomes colorés]). Dr E. Lévi.

Streszczenie podane w zeszycie grudniowym 1902 »Postępu«.
A. B.

La Clinique ophthalmologique. Nr 2. 1903.

O nowych dążeniach w lecznictwie; doniosłość działania miejscowego (De tendances nouvelles de la thérapeutique; importance du traitement local). Prof. Dr Ch. Bouchard.

Na ostatnim kongresie lekarskim w Kairze prof. Bouchard zwrócił uwagę na doniosłość leczenia miejscowego w medycynie, podnosząc, że okuliści już dawno rzecz tę zrozumieli. Terapia miejscowa jest nie tylko specyficzną, ale również i fizyologiczną. Środki miejscowo zastosowane działają w pierwszym rzędzie antyseptycznie. Zarzut, że działanie antyseptyczne jest niemożliwe, ponieważ dawka trucizny potrzebna do zabicia drobnoustrojów zabija również komórki nerwowe, o ile nie jest pozbawiony pozorów słuszności przy stosowaniu środków ogólnie, to nie ma miejsca przy terapii miejscowej. Jeżeli bowiem rozłożymy 5 gr. chininy na organizm człowieka ważącego 50 klg., to wypadnie na każdy kilogram komórek nerwowych 1 dcgr.; to mogłoby wystarczyć do wywołania śmierci. Można natomiast tę samą substancyę wprowadzić do tkanki w stosunku 200 do 1000, czyli w stosunku 2 tysiące razy silniejszym, bez działania szkodliwego na elementa tkanki. Terapia zatem miejscowa działa antyseptycznie, a nie działa przytem toksycznie na organizm dlatego właśnie, że jest miejscową. Oprócz działania antyseptycznego, nie-

które surowice działają antitoksycznie — zobojętniają toksyny lub też czynią komórki odporniejszemi na działanie toksyn. Bouchard podniósł myśl, aby w chorobach miejscowych, jako też w chorobach ogólnych, które się umiejscawiają, starać się zwalczać ognisko chorobowe przez wstrzykiwanie miejscowe środka, który okazał się skutecznym przy stosowaniu go ogólnem. Jeżeli obliczymy, że przy stosowaniu 6 gr. salicylanu sodu dziennie u człowieka ważącego 60 kglr., wypada 10 ctgr. salicylanu sodu na kilo ciała, i jeżeli przyjmiemy, że w stawie mamy 50—100 gr. tkanki chorobą dotkniętej, to wypadnie, że do uleczenia stawu zajętego potrzeba 5—10 mlgr. I w rzeczywistości wstrzykując do stawów najmniejsze ilości, bo 3—10 ctgr. salicylanu sodu, otrzymywał Bouchard zwykle wyleczenie, a wyjątkowo tylko po wstrzyknięciu 10—20 ctgr. zajęcie stawu nie ustępywało. Również przytacza Bouchard przykłady skutecznego leczenia miejscowego kilaków przez wstrzykiwanie najmniejszych dawek jodku potazu i dwujodku rtęci. Naturalnie jak gościec ogólny, tak również i kiła ogólna wymagają leczenia ogólnego, jednak obok leczenia ogólnego przez leczenie miejscowe można zmiany miejscowe wstrzymać lub szybcej usunąć, co ma znaczenie nieraz bardzo ważne, jeżeli się rozchodzi o takie narządy, jak oko, język, lub o twarz. *A. B.*

Jekwirytol (Le jéquiritol). Dr H. Coppez.

Jequirity, wprowadzone w roku 1882 przez Wecker'a, jak szybko rozpowszechniło się w lecznictwie okulistycznem, tak jeszcze prędzej zostało prawie powszechnie zarzuconem, a to z powodu niemożliwości dawkowania. W r. 1884 wykryli Warden i Waddel, że głównym czynnikiem działającym jequirity jest abryna, środek bardzo trujący. Dawka śmiertelna abryny dla myszy = 0·0000005, dla królika = 0·00005. Abrynę, używaną dziś pod postacią jekwirytolu, wprowadził do praktyki okulistycznej Roemer, określając jej dawkowanie i sporządzając surowicę antiabrynową, czyli surowicę jekwirytolową. Coppez używał jekwirytolu Merck'a w około 100 wypadkach jaglicy (Merck sporządza jekwirytol w czterech numerach, z których każdy następny jest 10 razy mocniejszy od poprzedniego). Wstrzykiwania Nr. 1 i 2 jekwirytolu do worka spojówkowego są mało bolesne, Nr. 3 i 4 sprawia dość żywe pieczenie, dlatego dobrze jest zapuścić przedtem kokainy 5%. Postępując ostrożnie, wstrzykujemy w pierwszym dniu 10 mlgr. Nr. 1, następnie zwiększamy dawkę co dzień o 10 mlgr. aż do 50 mlgr., poczem przechodzimy do Nr. 2 w ten sam sposób dawkę zwiększając i t. d. Skoro odczyn czyli t. zw. zapalenie jekwirytolowe wystąpi, czekamy aż przejdzie, poczem rozpoczynamy tą dawką,

która wywołała oftalmię jekwirytolową. Nr. 1 i 2 rzadko wywołują odczyn, dlatego niektórzy skracają powyższe postępowanie, a Coppez rozpoczyna przy jaglicy od razu od Nr. 3. Zwykle wystarczają dwa odczyny, więcej niż 3 odczynów Coppez nie zdołał osiągnąć. Pierwsze 12 godzin po wystąpieniu oftalmii są dość przykre, już po 24 godzinach powieki zaczynają klęsnąć i chory czuje ulgę. Serum antijekwirytolowego używał Coppez kilka razy, więcej jednak dla sprawdzenia działania aniżeli z konieczności. Wogóle Coppez miał wyniki zadowalające: szybki zanik łuszczki, poprawa wrzodów rogówkowych, wygładzenie się spojówki. Chorzy zgłaszają się najczęściej do zakładów w okresie zadrażnienia ze światłowstrętem, łzawieniem i obrzękiem powiek. W tym stanie właśnie okazał się jekwirytol wedle autora najdzielniejszym środkiem, szybko usuwającym objawy zapalne, tak, że już po 10—12 dniach stosowania środka, skoro stan zadrażnienia minie, możemy przystąpić do energicznego leczenia jaglicy. Coppez często używa wyciśnięcia, elektrolizy i wycierania sublimatem 4 pr. m. Wreszcie Coppez zwraca uwagę na używanie słabego jekwirytolu, t. j. Nr. 1, w małych dawkach po 10 mlgr., nie wywołujących oftalmii, a zmniejszających objawy zapalne. Autor przytacza szereg przypadków, gdzie przy długotrwałych nieżytach spojówki, przy *keratitis phlyctenulosa*, przy jaskrze następowej postępowanie to skutecznie stosował. Czy w tych przypadkach rozchodzi się o działanie naczynioruchowe, czy inne, dzisiaj nie wiadomo i wogóle rzecz ta wymaga jeszcze potwierdzenia *A. B.*

Obrazy wziernikowe przy niedokrewności (Augenspiegelbefunde bei Anämie). Prof. Elschnig z Wiednia (»Wiener Medicinische Wochenschrift«. Nr 3. 1903).

Autor na podstawie badań chorych z chorobami krwi w wiedeńskich szpitalach dla chorób wewnętrznych doszedł do następujących wyników:

Ostra niedokrewność po krwotoku wykazuje wielkie zmiany na dnie oka, a mianowicie: Tętnice i żyły są równomiernie rozszerzone, słupy krwi w naczyniach są blade, barwa żył podobna do barwy tętnic, oprócz tego znajdują się zawsze delikatne zmętnienia na żółtawo-białej tarczy i otaczającej siatkówce, obrzęk i wybroczyny krwi na siatkówce jako też liczne ogniska zwyrodnienia siatkówki nieprawidłowo po całem dnie oka rozrzucone. Zauważyć można we wszystkich przypadkach niedokrewności i bladaczki, w których słupy krwi w naczyniach szczególnie bladawo są zabarwione, że odcinki naczyń wskutek wielkiej przezroczystości przy tarczy na jasnem podłożu o wiele jaśniej wyglądają aniżeli na czerwonem dnie oka.

W przypadkach silnej niedokrewności mogą nawet wielkie naczynia przy tarczy być niewidoczne. Prawdopodobną przyczyną tego jest obok zwiększonej przezroczystości także zmniejszone wypełnienie naczyń krwią.

W przypadkach przewlekłej niedokrewności obraz wziernikowy podobny jest pod względem naczyń obrazowi przy niedokrewności ostrej, tylko brak zmian na siatkówce. Tarcz jest blada, naczynia tętnicze są albo prawidłowe, rzadziej lekko rozszerzone, częściej zwężone, żyły zawsze szersze od prawidłowych, barwa słupa krwi bardzo jasno czerwona, tarcz i otaczająca siatkówka w ciężkich przypadkach delikatnie zmętniała jakby obrzękła.

Zmiany wziernikowe przy typowej bladaczce są: znaczna bladość słupa krwi w naczyniach siatkówki, tak, że trudno odróżnić tętnice od żył, tarcz jest bledsza, w lżejszych przypadkach są tylko żyły nieco rozszerzone, w ciężkich zaś żyły i tętnice równo rozszerzone, połyski naczyniowe, jeżeli naczynia są szersze, są również szersze i mniej ostre. W czystych przypadkach bladaczki nie zauważył autor nigdy wielkich zmian na siatkówce, — również rzadko się zdarza widzieć zapalenia nerwu wzrokowego.

Całkiem odmienny obraz wziernikowy okazuje niedokrewność złośliwa. Naczynia odznaczają się szczególnie jasną barwą słupów krwi i są po największej części prawidłowej grubości. Tarcz jest zawsze bardzo blada albo prawie biała, często lekko obrzękła. Cała siatkówka pokryta małemi pasemkowatemi wynaczyniankami, często, zwłaszcza u osób starszych, znajdowały się na siatkówce białe ogniska, a obok nich większe wybroczyny krwawe. Badania anatomiczne wykazały, że owe białe ogniska były zwyrodniałemi włóknami nerwowemi.

Obraz wziernikowy przy leukaemii jest następujący: Żyły siatkówki są bardzo i równomiernie szerokie, począwszy od tarczy aż do najdalszego obwodu. Żyły są prawie zawsze silnie wężykowato kręte, krew w nich zawarta bardzo blada, różnica barw między tętnicami i żyłami prawie zanikła. Tętnice tylko nieco rozszerzone, połysk naczyniowy obu naczyń prawie zawsze bardzo wyraźny i szeroki. We wszystkich przypadkach, w których zmiana naczyń jest wybitną, jest twarz blada wyraźnie obrzękła i wystaje, jak przy tarczy zastoinowej, ale bez zmian zapalnych. Siatkówka jest wtedy także prawie do obwodu nieprawidłowa w postaci większych plam szarawo zmętniała, rzadziej znajdują się ograniczone białe ogniska, częściej kryształki cholestearyny. W większej ilości przypadków znajdują się także wynaczynianki różnej wielkości.

Z nielicznych przypadków rzekomej białaczki, które autor

miał sposobność badać, nie można podać dokładnego obrazu wziernikowego.

Badania te wykazały, jak ważną rolę odgrywa wziernik przy niedokrewności, a w bardzo trudnych przypadkach może wielką usługę oddać w rozpoznaniu chorób. *Dr Piotr Geisler.*

Przyczynek do patologii i leczenia zapaleń zatok czołowych i sitowych i ich powikłań oczodołowych (Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der frontalen und der ethmoidalen Sinustis und ihrer orbitalen Complikationen). Prof. Dr Axenfeld. (»Deutsche Medicinische Wochenschrift« 1902. Nr 40).

Zapalenie tkanki w oczodole jest po największej części następstwem zapaleń jam sąsiednich; liczba samoistnych zapaleń tkanki oczodołowej jest nadzwyczaj mała. Zdarzyć się może, że w czasie powikłań w oczodole badanie nosa daje wynik ujemny, jakkolwiek zmiany istnieją, które dopiero podczas operacyi dają się wykazać. Nawet w takich przypadkach, w których podczas operacyi ściany oczodołu okazują się nienaruszone, nie należy wykluczyć zapalenia zatok. Przy ropniach z komórek kości sitowej pochodzących rzadko się to zdarza, bo cienka ściana łatwo się rozpada albo znacznie się zmienia, czasami jednak żadnych zmian od strony oczodołu nie widzimy, jak n. p. w następującym przez autora operowanym przypadku, w którym z tylnych komórek kości sitowej przyszło do obrzęku tkanki oczodołowej z następowem wysadzeniem gałki ocznej, bez przebicia komórek do oczodołu, a po otwarciu tychże okazywały pozapalne zmiany i zawierały treść szaro-żółtą.

Przy zapaleniach tkanki oczodołowej, które są następstwem zapaleń w zatokach czołowych, bardzo często są kości graniczne między temi jamami bez zmian, sprawa zapalna przechodzi do oczodołu albo przez nienaruszoną kość, albo wzdłuż odgałęzień nerwowych lub naczyniowych.

Autor radzi w przypadkach przewlekłego zapalenia w zatokach czołowych przy otwarciu ropnia w oczodole równocześnie otworzyć zatokę czołową od strony oczodołu, w przypadkach zaś ostrego zapalenia zatoki czołowej z równoczesnym ropniem w oczodole radzi autor usunąć tylko ropień, a z otwarciem zatoki radzi się wstrzymać, bo zapalenie zatoki może zupełnie ustąpić, a gdyby się okazała potrzeba otwarcia zatoki, należy je wykonać aseptycznie od strony czoła. Jako przykład przytacza autor następujący przypadek. M. R. zachorowała na grypę, do której w trzecim dniu przyłączył się wypływ ropny z prawego otworu nosowego i silny ból prawego ucha i w prawej stronie głowy. W następnych dniach obrzęk powiek i przebicie bębenka prawego ucha, bóle w uchu ustępują,

obrzęk powiek się wzmaga i przyłącza się wysadzenie gałki ocznej z ograniczeniem ruchów, zwłaszcza ku górze.

Po otwarciu jamy oczodołowej i po wypuszczeniu ropy, żadnego nie znaleziono połączenia z zatoką, czołowa kość była nienaruszoną. z kością sitową ropień również nie pozostawał w żadnym związku. Stan ogólny szybko się poprawił i wszystkie cierpienia wkrótce ustąpiły. Po pewnym czasie, ponieważ chora skarżyła się na bóle w czole, otwarto zatokę czołową, w której żadnych zmian nie dostrzeżono. Po wyleczeniu opuściła klinikę z zupełną bystrością wzroku i ruchomością gałki ocznej.

W przypadkach, w których po otwarciu ropnia gorączka się nie zmniejsza i bóle się utrzymują, radzi autor otwarcie zatoki czołowej, bo sprawa zapalna łatwo przenieść się może do jamy mózgowej.

Przy ropniach oczodołowych, pochodzących z komórek kości sitowej, należy zbadać, czy nie ma połączenia z zatoką czołową, a w razie, gdyby się łączność pokazała, należy wyskrobać komórki kości sitowej i zatokę czołową, w przypadkach wątpliwych powinno się aseptycznie otworzyć zatokę czołową, aby nie przenieść ropnia w wypadkach ujemnych do zatok czołowych. Wprawdzie dwa niżej opisane przypadki wskazują, że błona śluzowa wyścielająca zatoki czołowe jest dostateczną obroną przed zakażeniem, ale łatwo można przy wycinaniu kości zranić błonę śluzową, przez którą teraz sprawa ropna ma wolny wstęp do zatok czołowych.

Chora X. zgłosiła się do kliniki z powodu silnego wysadzenia gałki ocznej bez zmian w nosie i bez wybitnych bólów.

Ponieważ, mimo podawania *kalii jodati* i *solutionis Fowleri*, wysadzenie się powiększało, otwarto jamę oczodołową i przekonano się, że okostna była zgrubiała i pokryta tkanką ziarninową ze śladami ropy, natomiast komórki kości sitowej były zupełnie zropiałe.

Przy wyskrobaniu tychże usunięto kawałek kości, odgraniczającej jamę oczodołową od zatoki czołowej, wskutek czego na przestrzeni 5 mm. średnicy błona śluzowa zatoki została odsłoniętą. W tym wypadku, pomimo sąsiedniej sprawy ropnej, zatoka czołowa pozostała zdrową.

Drugi przypadek dotyczy chłopca, u którego wskutek przeziębienia przyszło do wysadzenia gałki ocznej z obrzękiem powiek i silnymi bólami. Otwarto jamę oczodołową i wypuszczono ropę, która się znajdowała między okostną i kością nigdzie nienaruszoną. W celu łatwiejszego dostępu do oczodołu, odcięto krawędź daszka oczodołowego, a ponieważ spostrzeżono w kości kuleczki ropy, otwarto z oczodołu zatokę czołową, która była wypełniona ropą, a błona śluzowa silnie zmieniona. Przy usunięciu błony śluzowej

okazał się brak przegrody kostnej między zatokami i można było przez otwór widzieć błonę śluzową drugiej zatoki zupełnie prawidłową. Brak przegrody kostnej, którą stanowiła w tym przypadku zdwojona błona śluzowa, pokryto płatem skóry z czoła, i chory opuścił po 14 dniach klinikę zupełnie wyleczony. —

Dr Piotr Geisler.

O wpływie temperatury i pory roku na wybuch ostrego pierwotnego napadu jaskry (Ueber den Einfluss von Temperatur und Jahreszeit auf den Ausbruch des acuten primären Glaukomanfalles). Dr Kurt Steindorff, asystent klin. ocznej prof. Hirschberga z Berlina (»Deutsche Medicinische Wochenschrift«, Nr 52. 1902).

Już Hippokrates starał się wykazać wpływ temperatury i pory roku na liczbę i jakość chorób ocznych, a w nowszych czasach hygiena i bakteryologia wykazały, że klimat i temperatura są ważną przyczyną wielu chorób, jednak nie podały przyczyn wielu chorób ocznych.

W celu wykazania wpływu temperatury i pory roku na wybuch jaskry, zestawił autor wszystkie przypadki kliniczne jaskry ostrej podług miesięcy, a odpowiednie daty co do temperatury zebrał w meteorologicznym instytucie w Berlinie. Na podstawie tego zestawienia wypada, że największa ilość napadów ostrych jaskry przypada na miesiące zimowe, a najmniejsza w lecie; w miesiącu czerwcu nie było ani jednego przypadku.

Temperatura może wpływać na ucisk śródoczny przez ciśnienie, które w zimie się wzmaga, a przez ciepło się zmniejsza.

Bardzo ważny wpływ na ciśnienie krwi wywierają choroby, wpływem temperatury wywołane, tak zwane choroby z przeziębienia, jak n. p. kaszel, grypa, nieżyt przewodu pokarmowego, który wskutek częstego parcia na stolec może wywołać napad ostry jaskry.

Ważną również przyczyną jest szerokość źrenic. Zima o krótkich i pochmurnych dniach, a długich nocach sprawia, że źrenice przez dłuższy czas są rozszerzone, a wskutek złego oświetlenia wysila się akomodacya, soczewka posuwa się ku przodowi, wypiera tęczówkę w obwodzie ku rogówce, przez co przestrzeń Fontan'y się zmniejsza, a odpływ cieczy wodnej z przedniej komory zostaje utrudniony.

Przewaga ostrych pierwotnych napadów w porze zimowej ma także praktyczną wartość, bo chory przez racyonalny tryb życia i odpowiednie zachowanie się może uniknąć napadu, nawet, jeżeli już przebył zwiastuny. *Dr Piotr Geisler.*

Wągr w soczewce. A. Matusowski (»Medic. Prib. k morskomu sborniku«. Lipiec 1900 i lipiec 1901).

W Tow. lek. morskich, w Mikołajowie, M. przedstawił włościankę, u której wydobył z przedniej komórki oka soczewkę z zawartym w niej wągrem. Zwichnięta do komórki soczewka wywołała *irido-cyclitis chr.*, przyczem napięcie doszło do + 3, które to objawy ustąpiły zupełnie po ekstrakcyi, poprzedzonej kilkodniowem wkraplaniem ezeryny. Przypadek ten godzien uwagi z powodu pasożyta w zwichniętej soczewce, w górnym obwodzie której zauważono jakieś »niejasne faliste ruchy«. Rogówkę przecięto u dołu za pomocą grota, przyczem z komórki wydzielił się płyn (a rozpoznano przed operacyą i obecność *hypopyon*) i błonka soczewki. Płynu nie zbadano, a błonka składała się z tkanki chitynowej wągra i zawierała pryzmatyczne włókna soczewki. — Dr Aristow pokazywał przytem mikroskopowe preparaty tego przypadku, na których członkowie widzieli głowę pasożyta, chitynową i soczewkową tkankę.

Chora ta kilkakrotnie następnie pokazywana była w Tow. lek. V operowanego oka $= {}^{15}/_{200}$, a to wskutek *occlusio pupillae.*

Znamy jeden przypadek wągra w soczewce, opisany przez v. Graefe'go, ale to wątpliwy. Obecne spostrzeżenie godne uwagi z tego powodu, że obecność pasożyta w soczewce (szkoda tylko, że zniszczonej) stwierdzono mikroskopem.

Szkoda przeto, że kol. M. nie podał treściwego opisu przypadku, komunikat znajdujemy tylko w protokole. *Dr J. T.*

Leczenie jaglicy. Kardo-Sysojew. (»Wojenno Medic. Żurnał«. Grudzień).

Jako lekarz wojskowy wymaga przedewszystkiem odosobnienia chorych. Na pierwszem miejscu zaleca wyciskanie ziarn (mechanoterapię) przy dobrem znieczuleniu worka spojówkowego. W następowem leczeniu ichtyol oddaje lepsze usługi, aniżeli sublimat.

Wyciskanie jaglicowych ziarn uskutecznia za pomocą dwóch szczypczyków Bellarminowa. Znieczula spojówkę trzechkrotnem wkraplaniem (z pięciominutowemi przerwami) 5% *cocaini mur.* w rozczynie sublimatu (1 : 5000), który zapobiega jego rozkładowi; przekonał się on, że wyciskanie — a robił je 700 razy — przy pewnej technice mało jest bolesnem.

Nie widział on korzyści po użyciu jodu z wazeliną (Nieznamow), już lepiej działa pędzlowanie sublimatem w glicerynie (Samczuk), odrzuca stosowanie sinego kamienia jako środka zbyt heroicznego, »zmuszającego chorych płakać błękitnemi łzami«.

Mechanoterapia daje najlepsze wyniki i skraca czas leczenia. *Dr J. T.*

III. Z TOWARZYSTW.

Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu.

Posiedzenie z dnia 30 października 1902 roku.

1. Czemołosow przedstawił 14letnią chorą z trzeszczem lewej gałki, zwróconej ku dołowi, z obrzękiem kości, poczynając od środkowej części brwi do skroni. Choroba trwa 2 lata. Dwuwidzenia nie było. Trudno orzec, jakiej przyrody był guz kostny, prawdopodobnie pochodził z okostnej.

Bellarminow mniema, że być może, iż rozrasta się on z *diploe;* brak dwuwidzenia nieraz spostrzegany był przy *osteomach* oczodołu. —

2. Skoriuchow odczytał *„o stosowaniu brucyny w oftalmicznej praktyce"*. Środek ten, odkryty w r. 1819, podobny jest do strychniny, chociaż działa o 40—50 razy słabiej. Pierwszy H. Singer wypróbował działanie brucyny na oko — wywiera ona dobry wpływ na naosiowe i obwodowe widzenie, pobudzając do czynności siatkówkę. Autor korzystał z *brucinum purissimum pro analysi* Merck'a, które zawiera strychniny tylko 0,1%. Środek ten wstrzykiwano w skroń w ilości 0,01 (codziennie) lub 0,02 (z przerwami); wstrzyknięć robiono od 20 (zanik n. wzrok.) do 40—50 *(neuritis retrobulbaris).* Stosowany u 46 chorych z 89 choremi oczami, dał polepszeń w 67 oczach (75%), pozostał bez skutku w 18 oczach (20%), w czterech oczach choroba postępowała ($4^1/_2$%).

Zaleca go przy: niedowidzeniu, *neur. retrobulbaris*, zanikach nerwów, *retin. pigmentosa, paresis et paralysis accomod.* Brucyna wogóle nie ustępuje strychninie w działaniu na zdrowe i chore oko, ma nawet tę wyższość przy zaniku nerwów wzrokowych, że, rozszerzając naczynia dna ocznego, ułatwia odżywianie tkanek i sprzyja wessaniu się wypocin. Ostre zapalenia przeciwwskazują stosowanie brucyny.

Wejert: Czy próbowałeś kolega leczyć jedno oko z zanikiem nerwu brucyną, a drugie takież strychniną? Referent: Nie. Zelenkowski boi się otrucia przy dłuższem stosowaniu brucyny. Skoriuchow spostrzegał to raz tylko po 60 zastrzykiwaniach. Łobanow: Czy nie leczyłeś pan chorych, których poprzednio leczono sperminą Poehla? Referent: Jednego tylko, u którego spermina pozostała bez skutku[1]), brucyną zaś podniosłem *V* do $^{20}/_{70}$.

3. Wygodzki odczytał *„o wynikach irydektomii przy glaucoma primitivum i ich trwałości"*. Rozbiera tę sprawę od czasów A. v.

[1]) Sperminę stosowałem przed kilku laty bezskutecznie. *W.*

Graefe'go i przytacza statystyczne dane, zebrane przez Wecker'a: dziś przy jaskrze, ze 112 okulistów, 12 (10 Francuzów) nie operuje, 49 robi irydektomię, 17 sklerotomię i 34 wykonuje obydwie operacye. Opierając się na 5letniej obszernej statystyce (Klinika Instytutu Heleny, lecznica Donberg'a i swoja praktyka), autor trzymając się podziału jaskry na: *gl. acutum, inflam. chr., simplex cum inflam. intermittente* i *gl. simplex*, robi takie wnioski: przy *gl. acutum* irydektomia daje dobre wyniki, przy *gl. simplex* wyniki mniej dobre (od operacyi trzeba się wstrzymać, gdy wśródgałkowe ciśnienie nie podniesione); należy nalegać na potrzebę operacyi w *stadium podromorum,* zamiast terapeutycznych środków.

Posiedzenie z dnia 13 listopada.

1. Z powodu odczytu Wygodzkiego wywiązały się długie i liczne rozprawy; streszczamy je krótko.

Wejert: Potrzeba *gl. simplex* wydzielić z postaci jaskry zapalnych, jaskrę prostą z zapalnymi od czasu do czasu objawami najlepiej zaliczyć do postaci przewlekłej.

Schroeder: Ważnem jest wyjaśnić, kiedy irydektomia bywa pożyteczną, a kiedy szkodliwą, w jakich postaciach należy robić sklerotomię, jak długo mamy prawo leczyć chorych miotycznymi środkami, wiadomo bowiem, że przy stosowaniu ezeryny czasami wzrok zachowuje się dość długo.

Wygodzki: Wecker zawsze sklerotomię poprzedza irydektomią i robi ją w przypadkach wątpliwych między jaskrą i zanikiem nerwu wzrokowego.

Przy *gl. simplex* z powiększonem ciśnieniem robić operacyę, bez powiększenia [1]) — środki miotyczne.

Schroeder: Można też używać ezeryny i przy *gl. simplex* z powiększonem ciśnieniem; gdy już znajdujemy zanik nerwu wzrokowego, lepiej nie robić operacyi.

Wejert: Jeśli po środkach miotycznych widzimy polepszenie, to rokuje, że i irydektomia będzie skuteczną.

Gagarin sprzeciwia się wydzielaniu osobnej postaci *gl. simplex c. inflammatione* (wedle Schmidt-Rimpler'a).

Wygodzki: Można ją odnieść do *gl. chronicum,* lecz należy wydzielić, gdyż bez tego % dobrych wyników irydektomii przy *gl. simplex* lub *chron.* będzie większy.

Bellarminow: Podjęta przez prelegenta sprawa jest dość ważną dla nas, gdyż jaskra w Rosyi daje znaczny % ślepych. — Twierdzi on, że irydektomia jest tu jeszcze najskuteczniejszą, ale za-

---

[1]) Wtenczas to nie *glaucoma,* lecz zazwyczaj zanik nerwu wzrokowego. *W.*

ledwo tylko w 20%. W mojej klinice przy *gl. chron.* i *simplex* mieliśmy 21% polepszeń, *statu quo ante operation* 20% i pogorszeń 59%. A więc na irydektomię przy *gl. chron.* patrzę jak na *ultimum refugium* po wszystkich wypróbowanych środkach. Radzę wybrać osobny komitet dla wypracowania podziału jaskry na rozmaite postacie i wnieść to do programu przyszłego Pirogowskiego zjazdu. Wniosek przyjęto i wybrano członków komitetu.

Schroeder: Przy użyciu środków miotycznych wzrok wcześniej czy później ginie.

Wejert: Równie też po 10—15 latach dobre wyniki operacyi kończą się ślepotą.

Kaniewski: Kiedy używać ezeryny, a kiedy pilokarpiny?

Bellarminow: W ostrych przypadkach ezeryny, w przewlekłych pilokarpiny.

Dobrowolski: Często już po 2—3 dniach od ezeryny stan oka o tyle się polepsza, że chory nie zgadza się na operacyę. —

2. Siergiejew odczytał *„o okularowych szkłach“*. Używał on do badań szkieł optycznych z etui Urlauba z Petersburga, wymierzanych za pomocą sferometru. Okazało się, że powierzchnie nie były matematycznie sferyczne, grubość ich dość znaczna, ześrodkowanie nie zawsze odpowiednie, przygotowane z crown'a i jego odmian. Zdaniem jego postać powinna być okrągła, odległość zwyczajnego sferycznego szkła od przedniej powierzchni rogówki powinna wahać się między 13 i 15 mm., najwyżej $17^1/_2$ mm. Obmyślił on własny przyrząd do oprawy, w którym szkło obraca się na około poziomej osi na 360%.

P. Urlaub oświadczył, że dla okularów używa szkieł »kryształowych«, bardzo zbliżonych do górnego kryształu. Okrągłe szkła, proponowane przez S., są dość małe i wyglądają nieestetycznie; ruchoma, obracająca się oprawa znajduje się już w handlu od lat 20.

Siergiejew: Nazwy szkła »kryształowe« nigdzie nie spotykałem. — Wprowadzić taką lub inną postać okularów zależy od lekarzy.

Bellarminow: »Kryształowe szkło« jest to dobry gatunek crownglas'u. —

3. Kubli podał *„wyniki leczenia chorych na oczy ichtarganem“*. Używał on 1—10% wodnego rozczynu u 1200 ambulatoryjnych chorych. Przy lekkich postaciach chorób powiek i spojówki bywa skuteczny, przy silniejszych, szczególnie przy jaglicy i *pannus*, ustępuje lapisowi.

Kilku kolegów wypowiedziało powątpiewanie, czy ichtargarn wejdzie w użycie w oftalmicznej praktyce. *Dr J. T.*

IV. Redakcya poleca szan. swym współpracownikom używanie skróceń dla oznaczenia następujących czasopism lek.

1.	Annales d'Oculistique	A. d'oc.
2.	Annali di Ottalmologia	A. di ottalm.
3.	Archives d'Ophtalmologie	Arch. d'opht.
4.	Archiv für Augenheilkunde	Arch. f. Aghk.
5.	Archiv für Ophthalmologie	Arch. f. Opht.
6.	Archives of Ophthalmology	Arch. of Opht.
7.	Archiwum Polskie nauk lekarskich	Arch. polskie n. lek.
8.	Aerztliche Centralzeitung	Aerztl. Crtzt.
9.	Beiträge zur Augenheilkunde	Btrg. z. Aghk.
10.	Berliner klinische Wochenschrift	Berl. kl. Wschrft.
11.	Bulletin de la Société belge d'Ophtalmologie	Blt. Soc. Belge d'opht.
12.	Bulletin de la Société française d'Ophtalmologie	Blt. soc. frcs. d'ophth.
13.	Centralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde	Ctrbl. f. Bact. u. Parskde.
14.	Centralblatt für praktische Augenheilkunde	Ctrbl. f. pr. Aghk.
15.	Časopis lékařů českých	Časp. č. lek.
16.	Czasopismo lekarskie	Czpsmo lek.
17.	Gazeta lekarska	Gaz. lek.
18.	Heilkunde	Hlkde.
19.	Klinische Monatsblatter für Augenheilkunde	Kl. Mtbl. f. pr. Aghk.
20.	Kronika lekarska	Kron. lek.
21.	Krytyka lekarska	Kryt. lek.
22.	Lancet	Lancet.
23.	La Clinique Ophtalmologique	Clin. opht.
24.	La Presse médicale	Presse méd.
25.	La Semaine médicale	Sem. méd.
26.	Medycyna	Mdcna.
27.	Münchener medicinische Wochenschrift	Münch. med. Wschrft.
28.	Nowiny lekarskie	Now. lek.
29.	Ophthalmic Hospital Reports	O. H. Reports.
30.	Ophthalmic Record	O. Record.
31.	Ophthalmologische Klinik	Opht. Kl.
32.	Pamiętnik Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego	Pam. W. Tow. lek.
33.	Postęp Okulistyczny	Post. Okul.
34.	Progrès médical	Prog. méd.
35.	Przegląd lekarski	Przgl. lek.
36.	Recueil d'Ophthalmologie	Rec. d'ophth.
37.	Revue générale d'Ophthalmologie	Rev. gén. d'ophth.
38.	Transactions of the Ophtalmological Society of the United Kingdom	Trsct. oft. the ophth. soc. of the U. K.
39.	Wiener klinische Wochenschrift	W. kl. Wschrft.
40.	Wiener medicinische Presse	W. med. Pr.
41.	Wiener medicinische Wochenschrift	W. med. Wschrft.
42.	Deutsche medicinische Wochenschrift	Dtsche med. Wschrft.
43.	Wiestnik Oftałmołogii	Wiest. oftm.
44.	Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges	Wschrft. f. Th. u. H. d. Aug.
45.	Wracz	Wracz.
46.	Zeitschrift für Augenheilkunde	Ztschrft f. Aghk.
47.	Zdrowie	Zdrowie.